Psychologie médicale

Ph. JEAMMET
M. REYNAUD
S. CONSOLI

MASSON

CHEZ LE MÊME ÉDITEUR

DSM-III-R. MÉMENTO CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE PSYCHIATRIE, par S.C. JENKINS, T.P. GIBBS, S.R. SZYMANSKI. Traduit de l'anglais par D. DUIZABO. 1992, 232 pages.

MINI DSM-III-R : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES, par l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Traduction française coordonnée par J.D. GUELFI et al. 1992, 3e tirage, 400 pages.

PRÉCIS DE PSYCHIATRIE DE L'ADULTE, sous la direction de P. DENIKER, T. LEMPERIERE, J. GUYOTAT. *Série Précis Médicaux.* 1990, 648 pages.

MANUEL DE PSYCHIATRIE, par H. EY, P. BERNARD, C. BRISSET. 1989, 6e édition, 1192 pages.

LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT, sous la direction de B. GOLSE. *Collection Médecine et Psychothérapie.* 1991, 2e édition, 2e tirage, 312 pages, 3 figures.

INITIATION À LA PSYCHIATRIE, par L. ISRAËL. *Collection Médecine et Psychothérapie.* 1991, 3e tirage, 288 pages.

L'HYSTÉRIQUE, LE SEXE ET LE MÉDECIN, par L. ISRAËL. *Collection Médecine et Psychothérapie.* 1992, 8e tirage, 264 pages.

PSYCHOLOGIE DES MALADIES. MANUEL ALPHABÉTIQUE CLINIQUE, sous la direction de M. POROT. 1989, 312 pages.

PSYCHOLOGIE MÉDICALE

Ph. JEAMMET
Maître de conférence agrégé à l'université Paris VI

M. REYNAUD
Chef de clinique – Assistant à l'Université Paris VI

S. CONSOLI
Chef de clinique – Assistant à l'Université Paris VI

Préface du Professeur **H. FLAVIGNY**

6e tirage

MASSON

Paris Milan Barcelone Bonn
1993

LISTE ALPHABÉTIQUE DES ABRÉGÉS

Acupuncture *Borsarello*
Alcoologie *Malka*
Allergologie pratique *Perrin*
Anatomie dentaire *Lautrou*
Anatomie générale *Chevrel*
Anatomie pathologique générale *Jaubert*
Anatomie et physiologie humaines T. 1 et 2 *Raoul*
Anatomo-pathologie dentaire *Kaqueler*
Andrologie (illustré) *De Tourris*
Anémies : notions fondamentales *Longpré*
Anesthésie *Gauthier-Lafaye*
Anesthésie loco-régionale *Auberger*
Anesthésie en odonto-stomatologie *Machtens*
Angéiologie *Devulder*
Anglais médical *Mandelbrojt-Sweene.*
Antibiothérapie *Duval*
Articulation temporo-mandibulaire *Ogus*

Bactériologie *Singleton*
Biochimie alimentaire *Alais*
Biochimie générale T. 1 et 2 *Percheron*
Biochimie génétique *Étienne-Decant*
Biochimie médicale T. 1 et 2 *Boulanger*
Biochimie odonto-stomatologique *Pellerin*
Biologie animale et humaine P.C.E.M. 1 *Lucotte*
Biologie cellulaire *Maillet*
Biologie du développement *Le Moigne*
Biologie générale *Van Gansen*
Biologie moléculaire *Lucotte*
Biologie végétale : plantes supérieures T. 1 et 2 *Gorenflot*
Biomatériaux dentaires *Burdairon*
Biophysique T. 1 et 2 *Bertrand*
Biophysique du neurone *Burgeat*
Biophysique odontologique *Bouchier*
Biophysique des radiations *Dutreix*
Botanique *Guignard*

Cancérologie *Amiel*
Cardiologie *Rullière*
Chimie analytique
T. 1 *Guernet*
T. 2 *Mahuzier*
T. 3 *Hamon*
Chimie générale *Germain*
Chimie organique *Loppinet*
Chimie organique T. 1 et 2 *Miocque*
Chimiothérapie psychiatrique *Ginestet*
Chirurgie digestive *Boissel*
Conduites d'urgence *Arcadio*
Constantes biologiques *Eastham*
Cryptogamie *Bouchet*

Dentisterie conservatrice T. 1 et 2 *Nitlich*
Déontologie médicale *Villey*
Dermato-allergologie de contact *Ducombs*
Dermatologie clinique et vénéréologie *Touraine*
Dermatologie pédiatrique *Larrègue*
Dermatologie professionnelle *Lachapelle*
Développement et maladies de l'enfant *Grenier*
Développement psychomoteur de l'enfant *Illingworth*
Diabétologie *Perlemuter*
Diagnostic des douleurs abdominales aiguës *De Dombal*
Diagnostic différentiel en médecine interne *Ferlinz*
Diagnostic en parasitologie *Gentilini*
Diagnostic prénatal et médecine fœtale *Henrion*
Diététique de l'enfant *André*
Diététique et nutrition *Apfelbaum*
Dommage corporel et expertise médicale *Creusot*
Droit et déontologie du laboratoire d'analyses de biologie médical *Tisseyre-Berry*

Ecologie générale *Barbault*
Écologie de la végétation terrestre *Godron*
Économie du médicament *Tisseyre-Berry*
Éducation à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral *Finnie*
Embryologie médicale *Langman*
Endocrinologie *Hazard*
Enfant normal *Illingworth*
Épreuves fonctionnelles respiratoires *Brambilla*
Équilibres acido-basiques en solution aqueuse, pH *Huntz*
Ergonomie odontologique *Chovet*
Ergothérapie *Pierquin*
Ethologie *Guyomarc'h*
Évolution de l'organisation animale *Bailenger*
Examen du traumatisé *Piganiol*

Fiscalité des professions médicales et paramédicales *Gosserez*

Gastro-entérologie *Fouet*
Génétique *Rossignol*
Génétique médicale *Emery*
Gériatrie clinique *Collin de l'Hortet*
Gérontologie *Martin*
Gestion du cabinet médical *Robin*
Graphologie *Bresard*
Gynécologie *Giraud*
Gynécologie et obstétrique (illustré) *De Tourris*
Gynécologie pédiatrique *Sersiron*

Hématologie *Bernard*
Hépatologie *Fouet*
Histoire de la médecine *Rulliere*
Histologie *Poirier*
Histologie dentaire *Triller*

Immunogénétique fondamentale *Fudenberg*
Immunologie dentaire *Faure*
Immunologie générale *Letonturier*
Intoxications aiguës *Roujas*
Initiation à la connaissance du médicament *Aiache*

Législation et déontologie pharmaceutiques *Tisseyre-Berry*
Législation psychiatrique *Goumilloux*

Maladies infectieuses *Cronberg*
Maladies musculaires *Serratrice*
Maladies des reins et des voies urinaires (illustré) *Patte*
Maladies sexuellement transmissibles *Siboulet*
Maladies tropicales *Bourée*
Manipulations vertébrales *Le Corre*
Mathématiques *Geller*
Mathématiques pour biologistes – exercices et problèmes commentés *Legay*
Matière médicale (pharmacognosie) T. 1 et 2 *Paris*
Mécanismes de l'évolution animale *Devillers*
Médecine de catastrophe *Noto*

Médecine interne *Devulder*
Médecine légale clinique *Roche*
Médecine nucléaire *Desgrez*
Médecine physique *Chantraine*
Médecine préventive et hygiène *Blancher*
Médecine psychosomatique *Haynal*
Médecine du sport *Guillet*
Médecine du travail *Proteau*
Médicaments en rhumatologie *Netter*
Ménopause (La) *Taurelle*
Mésothérapie *Parienti*
Méthode statistique *Frontier*
Mycologie générale et médicale *Bouchet*

Néonatalogie *Laugier*
Néphrologie *Legrain*
Neuro-anatomie *Meininger*
Neurologie *Cambier*
Neuro-ophtalmologie *Larmande*
Neuro-psychiatrie infantile *Debray-Ritzen*
Neuro-psychologie *Barbizet*
Neuro-psycho-physiologie T. 1 et 2 *Meulders*
Nutrition et alimentation *Jacotot*

Obésité *Creff*
Ophtalmologie *Saraux*
Origine et destinée de l'homme *Piveteau*
Orthopédie dento-faciale *Benauwt*
Orthopédie de l'adulte *Patel*
Orthopédie pédiatrique *Bensahel*
Oto-Rhino-Laryngologie *Portmann*
Oto-Rhino-Laryngologie de l'enfant *Cotin*

Parasitologie clinique *Jacquemin*
Parodontologie *Klewansky*
Pathologie dentaire *Mezl*
Pathologie infectieuse *Mairgairaz*
Pathologie médicale et odontologie *Cornebise*
Pathologie somatique des toxicomanes *Pesce*
Pédiatrie *Laplane*
Pedodontie *Fortier*
Pédologie *Duchaufour*
Petite chirurgie *Detrie*
Pharmacie galénique *Le Hir*
Pharmacocinétique *Labaune*
Pharmacologie *Cohen*
Pharmacologie générale et moléculaire *Wepierre*
Pharmacologie médicale *Lechat*
Pharmacologie odontologique *Déchy*
Physiologie animale T. 1 et 2 *Rieutort*
Physiologie oro-faciale *Woda*
Physiologie du sport *Monod*
Physiologie végétale T. 1 et 2 *Heller*
Physique *Ernst*
Physique et biophysique pharmaceutiques *Courrière*
Phytochimie *Guignard*
Phytothérapie *Hallard*
Pneumologie *Chrétien*
Phlébologie *Ramelet*
Podologie *Goldcher*
Polytraumatisé (Le) : conduite précoce *Murat*
Pratique diététique courante *Thoulon-Page*
Prothèse adjointe partielle *Batarec*
Psychiatrie de l'adulte *Lemperière*
Psychogériatrie *Muller*
Psychologie *Delay*
Psychologie médicale *Jeammet*
Psychologie pathologique *Bergeret*
Psychopathologie de l'adolescent *Marcelli*
Psychopathologie de l'enfant *De Ajuriaguerra*
Psychopathologie du sujet âgé *Ferrey*
Psychopathologie du nourrisson *Mazet*

Radiodiagnostic *Monnier*
Réanimation, médecine d'urgence *François*
Reanimation médicale *Goulon*
Réanimation fonctionnelle et réadaptation *Hamonet*
Relaxation thérapeutique *Meyer*
Résonance magnétique *Lejeune*
Rhumatologie *Simon*
Risques et maladies liés aux médicaments *Heusghem*

Santé publique et médecine préventive *San Martin*
Sémiologie médicale *Bariety*
Sénologie *Pons*
Sexologie *Zwang*
Sexologie clinique *Trimmer*
SIDA et infection à VIH *Cassuto*
Sociologie et économie médicales *Pelicier*
Statistique *Geller*
Statistique au PCEM *Hubert-Carol*
Statistique médicale *Salamon*
Stérilité conjugale *Cohen*
Stomatologie et pathologie maxillo-faciale *Lezy*
Surveillance et thérapeutique obstétricales *Giraud*

Techniques d'empreintes en prothèse adjointe *Goumy*
Thérapeutique médicale en odontologie *Astley-Hope*
Thérapeutique neuropsychiatrique *Aimard*
Thérapeutiques en orthopédie pédiatrique *Bensahel*
Thérapeutique stomatologique et maxillo-faciale *Grellet*
Tomodensitométrie *Doyon*
Toxicomanie, pharmacodépendance *Nahas*
Toxicologie d'urgence *Hachet*
Transfusion sanguine *Sylvestre*
Transplantation d'organes *Wolf*
Traumatologie *Patel*

Urgences chirurgicales *Chiche*
Urgences médicales *Larcan*
Urgences médicales au cabinet dentaire *Noto*
Urgences en médecine du travail *Hachet*
Urgences psychiatriques *Grivois*
Urgences toxicologiques *Lefevre*
Urologie *Alken*

Vaccinations *Rey*

Zoologie T.1 et 2 *Grasse*

Psychologie médicale

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Des photocopies payantes peuvent être réalisées avec l'accord de l'éditeur. S'adresser au : Centre français d'exploitation du droit de copie, 3, rue Hautefeuille, 75006 Paris. Tél. 43.26.95.35.

© *Masson, Paris, 1980*
ISBN : 2-225-65978-8

MASSON S.A. 120, bd Saint-Germain, 75280 Paris Cedex 06
MASSON S.p.A. Via Statuto 2, 20121 Milano
MASSON S.A. Avenida Principe de Asturias 20, 08012 Barcelona
DÜRR und KESSLER Maarweg 30, 5342 Rheinbreitbach b. Bonn

PRÉFACE

Cet *Abrégé de Psychologie Médicale* s'avère un livre nécessaire dans la mesure où il rappelle à tous ceux qui s'intéressent à l'homme malade, brisé, traumatisé, diminué, handicapé : médecins, généralistes ou spécialistes, infirmiers, soignants, techniciens paramédicaux, assistants sociaux, psychologues, éducateurs... que l'homme n'est pas seulement un assemblage d'organes ou de systèmes et que la sophistification de plus en plus poussée des examens paracliniques ne permet jamais de le découvrir dans son unité. Il veut aider à démontrer que tout être humain est singulier : il est dangereux de séparer ses dimensions biologique, psychologique et sociale qui le fondent comme un sujet remarquablement original dans l'espèce : il en découle qu'il n'y a pas de maladie, d'atteinte physiologique, qui ne retentissent pas à un degré variable sur la psychologie du sujet et inversement. Scientifiquement il est actuellement à peu près certain que depuis l'apparition de l'homme sur la terre, aucun n'a jamais été identique à un autre, même du seul point de vue biologique, et qu'il n'en existera jamais deux semblables. Nous pouvons espérer faire d'immenses progrès pour reconnaître les règles communes qui président au fonctionnement de l'organisation biologique, voire même des relations sociales générales des membres de l'espèce humaine; il serait par contre faux d'en conclure que l'on puisse définir des règles du comportement propre à chaque homme, considéré comme individu, puisque ce qui le caractérise, c'est

d'avoir accès à la conscience et au choix. Ainsi la manière la plus sûre de le comprendre passe par une interrogation sur soi-même; cette démarche nous permet à la fois de le reconnaître comme semblable, mais aussi comme radicalement Autre.

Les lecteurs apprécieront un ouvrage qui n'est pas « un discours »; il ne se veut pas encyclopédique; il est le fruit d'une pratique poursuivie durant dix années. Dès la parution de la Loi d'Orientation de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche nous avons perçu les possibilités ainsi offertes de développer, grâce à l'appui du Doyen Milliez à l'U.E.R. Broussais-Hôtel Dieu, un enseignement original dans ce domaine particulièrement négligé et dont l'actualité se révèle chaque jour plus prégnante.

Il ne nous semblait pas judicieux, ni opportun, car non formateur d'ajouter une matière de savoir supplémentaire à des étudiants en médecine déjà maltraités par une débauche de cours et d'examens, dont l'intensité n'est nullement contestable, mais qui se révèle déraisonnable du fait que les objectifs des connaissances nécessaires aux futurs praticiens ne sont en aucune façon définis. La psychologie médicale offre par contre au futur médecin une chance unique de réflexion sur lui-même, le malade, les institutions hospitalières, la médecine : ses finalités, ses procédés d'enseignement ou d'apprentissage, son rôle économique futur dans l'ordonnancement de dépenses... Pour répondre à cette option nous avons basé essentiellement les modalités de la formation sur la dynamique de petits groupes d'une quinzaine d'étudiants suivis après le PCEM 2 pendant tout le cours du DCEM; ainsi se trouve réalisé un véritable accompagnement de l'étudiant à un moment particulièrement déterminant de sa vie professionnelle où il est confronté à l'apprentissage de sa pratique près des malades. La soif des étudiants d'une telle formation, comparée à l'absence de moyens pour l'assurer fait éclater une contradiction éclairante : il est plus facile d'obtenir des ressources pour étudier le mode des relations chez les souris et les araignées que pour organiser la formation des médecins à une meilleure communication avec leurs malades, indispensable pour parvenir à un diagnostic plus synthétique et une thérapeutique plus appropriée! Ce fait regrettable montre bien l'exclusivité accordée actuellement à la technicité : l'illustration en est également apportée par les programmes et les modalités d'enseignement des Facultés de Médecine et rehaussée par le choix des prix Nobel de Médecine qui

sont en réalité des prix des Sciences Médicales, la pratique de la médecine étant définie avant tout par l'art de soigner.

Le désintérêt et la sceptique ignorance des universitaires, comprenant de nombreux médecins, de la nécessité de sensibiliser les futurs praticiens à la dimension des facteurs psychologiques dans l'équilibre de la santé de l'homme et de leur impact sur les défenses de l'organisme n'ont d'égal que le prodigieux crédit dont bénéficie près de la population la médecine marginale, du fait de la qualité d'écoute que la médecine officielle avec sa haute technicité n'a pas toujours réussie à sauvegarder.

Pour ces raisons je tiens à dire avec quel intérêt j'ai suivi la construction de cet *Abrégé de Psychologie Médicale* écrit par trois de mes collaborateurs et amis : le docteur Philippe JEAMMET, Maître de Conférence Agrégé à l'U.E.R. Broussais-Hôtel Dieu, qui, après avoir participé à l'U.E.R. Expérimentale de Montrouge, assure l'essentiel des responsabilités de l'enseignement de la psychologie médicale à l'U.E.R. Broussais-Hôtel Dieu, le Docteur Silla CONSOLI, Chef de Clinique à l'Hôpital Broussais où il a créé et organisé une unité psychiatrique en Hôpital général, le docteur Michel RAYNAUD, Chef de Clinique à l'Hôpital de la Salpêtrière, où il participe à l'enseignement de la psychologie médicale. Je suis particulièrement heureux de préfacer cet ouvrage qui deviendra, j'en suis sûr, un précieux instrument pour tous les soignants et qui les aidera à prendre conscience de la nécessité de toujours réaliser une synthèse des éléments psychologiques, somatiques et sociaux pour aboutir à une médecine de « l'homme total ».

P^r^ H. FLAVIGNY

TABLE DES MATIÈRES

PREFACE V
AVANT-PROPOS 1
INTRODUCTION. – **La psychologie médicale a-t-elle une place dans le cadre d'une médecine scientifique** 5

PREMIÈRE PARTIE

La personnalité : son développement normal et sa pathologie

La notion de personnalité 25

CHAPITRE PREMIER. – **La psychologie médicale : objet et méthodes** 27

La psychologie médicale a-t-elle un objet et une méthode spécifiques? 28

Les méthodes d'étude de la personnalité 31
Les méthodes expérimentales (31); les méthodes cliniques (35); les méthodes centrées sur les ensembles (40); la perspective génétique en psychologie (45).

Précisions sur l'usage de quelques notions 46
Les notions de pulsion-d'objet-d'investissement : présentation et critique (46); l'agressivité (53); comportement-fantasme-conduite (55).

CHAPITRE II. – **La genèse de la personnalité** 59

L'inné et l'acquis : places respectives de l'hérédité et de l'environnement 61

Deux données fondamentales du développement 64
La discordance de maturation (65); l'appétence relationnelle : la faim de stimuli affectifs (66).

Les étapes du développement 70
Considérations générales 70
La notion de stade (70); la notion d'organisateurs (71); les notions de fixation et de régression (72); les traumatismes (73).

La naissance 74
Les deux premières années 78
L'ouverture à la socialisation 95
L'adolescence – deuxième étape du processus de séparation – individuation 102
Les crises de la vie – la vieillesse 109

CHAPITRE III. – **Le fonctionnement mental** 113

Les principes du fonctionnement mental 115
Le principe de constance (115); la répétition (115).

Les modalités du fonctionnement mental 117
La capacité d'attente et la symbolisation (117); le fonctionnement des processus primaires (118); le fonctionnement en processus secondaires (119).

Les mécanismes de défense 120
L'identification 123
Les mécanismes de dégagement 125
Le modèle psychodynamique de la personnalité 126
Les instances de la personnalité (127); la dynamique de la personnalité – le retour du refoulé (129).

Le caractère 133
Le caractère oral (134); le caractère anal (136); le caractère phallique (136); caractères dominés par la compulsion de répétition (137).

La constitution de l'image du corps 137

CHAPITRE IV. – **La pathologie de la personnalité** 141

Signification du symptôme en psychopathologie 142
Définition (142); moments et conditions d'apparition du symptôme (144); Santé psychique et organisation psychopathologique (145).

Les névroses 146

Les psychoses 149
Psychose et défaut d'individuation (150); Angoisse psychotique et plainte corporelle (150); l'hypocondrie (151).

L'échec des organisations défensives 152
L'angoisse (153); La dépression (156); la décharge dans le corps (160).

Les troubles du comportement 160
Le passage à l'acte (160); les conduites d'addition (161); les troubles du développement (163); les troubles des conduites sexuelles (164); les conduites de violence (168).

CHAPITRE V. – **La pathologie psychosomatique** 173

Introduction 175
Historique de la conception psychosomatique en médecine 178
Les travaux des physiologistes 180
L'expression somatique de l'angoisse (180); la théorie du stress (183); les méthodes d'apprentissage et la théorie cortico-viscérale (185); la névrose actuelle (186); l'école de Chicago (187); l'alexithymie (187).
Les travaux épidémiologiques 189
Les méthodes d'analyse psychologique 192
Les profils de personnalité (193); la personnalité psychosomatique (196); la signification du symptôme psychosomatique (201).
Les manifestations psychosomatiques chez l'enfant. Déductions sur la genèse de certains traits de personnalités psychosomatiques de l'adulte. 207
Conclusion 213

CHAPITRE VI. – **Principes du développement et attitudes éducatives** 215
Sexualité et culpabilité 216
Développement et conflits 218
Connaissance et affectivité 223
Principes pouvant guider l'attitude des adultes face aux crises de développement : exemple de l'adolescence 226

DEUXIÈME PARTIE

Maladie et médecine – médecin et malade

CHAPITRE VII. – **Le malade et sa maladie** 233
Les représentations culturelles de la maladie et de la santé 234
Figures sociales et culturelles de la maladie (234); Qu'est-ce que la santé? le normal et le pathologique (236).
Les effets psychologiques de la maladie 240
La situation de malade et ses implications (240); les conséquences psychiques pour le malade (241); les réactions du malade (243).
Comment comprendre ces attitudes psychologiques du malade face à sa maladie? 245
Les bénéfices secondaires (246); les bénéfices primaires (247); les différents niveaux de compréhension de la maladie (247); rôle du médecin (248).
Le malade et son entourage 249
Le rejet du malade (250); l'utilisation du malade et de sa maladie (250); les interrelations de la maladie et de la société (250).
Insertion et signification de la maladie dans la vie du sujet 251

CHAPITRE VIII. – **Le médecin et sa médecine** 289

Représentations culturelles du médecin et de ses rôles 290

Les motivations du médecin 293
Mise en garde (293); quelques données statistiques (294); les motivations inconscientes (295); le rôle des études (299).

Chaque médecin exerce sa médecine : la « fonction apostolique » 302

CHAPITRE IX. – **La relation médecin-malade** 306

Caractéristiques générales de la relation de soin 307
La relation soigné soignant et fondamentalement une relation d'inégalité (307); la relation soigné-soignant est une relation d'attente et d'espérance mutuelles (308); la relation soigné-soignant est une relation qui a généralement le corps comme objet mais qui passe le plus souvent par l'intermédiaire de la parole (308); la notion de transfert (309); le contre-transfert (310).

La communication dans le cadre de la relation de soin 312
La relation médecin-malade fait partie de la communication médicale (313); la relation médecin-malade nécessite un déchiffrement (314); les effets iatrogéniques de la relation médecin-malade (314); l'utilisation thérapeutique de la relation médecin-malade : le diagnostic global (315).

Aménagement des modalités techniques de la relation de soin dans une perspective d'application du diagnostic global 317
Les différents modèles d'entretien (317); les prescriptions médicales (320); le paiement (321); l'envoi chez le spécialiste (321); que dire au malade? (323); aide aux mourants (325).

La dimension psychothérapique de la relation de soin 326
Définition (326); principes de la psychothérapie de soutien (328); quelques modalités techniques concernant la psychothérapie de soutien (331); un exemple d'intervention psychothérapique (333).

TROISIÈME PARTIE

Pour conclure

Une mise en garde : information théorique et formation pratique sont indissociables 337

Le fonctionnement hospitalier : un champ d'application possible de la psychologie médicale 338

La place de la psychologie médicale dans la prévention 347

INDEX 353

AVANT-PROPOS

« ... On vient à la médecine, généralement en toute ignorance des théories médicales, mais non sans idées préconçues sur bien des concepts médicaux. »

G. CANGUILHEM.
Le normal et le pathologique.

Des idées préconçues nous en avons tous. Elles sont souvent intimement associées à notre système de valeurs. Ce n'est en soi ni un bien, ni un mal : c'est inévitable. Par contre, bien des choses pourront dépendre de l'usage que nous en ferons. La profession médicale et plus généralement les professions faisant appel à une activité de soin, seront particulièrement concernées par cet usage. Ces professions font en effet une large utilisation de la relation et de la communication, c'est-à-dire de la psychologie. Or s'il est un domaine où les idées préconçues peuvent se donner libre cours, c'est bien celui-là. Tout le monde, par nécessité, fait de la psychologie, et tout le monde est implicitement persuadé de bien la faire. C'est parfois vrai, mais ce n'est sûrement pas la règle. Or, peut-on laisser au hasard et à la seule intuition personnelle le sort de la qualité des relations?

Pour les professions médicales et para-médicales, la réponse à cette question dépendra de l'importance que l'on accordera au champ psychologique dans l'exercice de la médecine. Comment se manifeste-t-il en médecine? Quelle est son importance et existe-t-il des moyens de l'évaluer? Est-ce un phénomène marginal? La coloration humaniste d'une pratique devenue très technicisée? Ou s'agit-il d'une dimension essentielle de la médecine? Peut-il exister une « complicité » entre le malade et sa maladie? Autant de questions préliminaires auxquelles nous nous efforcerons de répondre dans le chapitre introductif. Nous y verrons que les progrès considérables de la médecine somatique ont été un des facteurs essentiels ayant permis de préciser la place et le rôle des facteurs psychologiques.

Une fois apportés les arguments montrant la place de la psychologie dans une conception scientifique de la médecine, nous consacrerons la première partie à l'exposé des connaissances que les sciences psychologiques sont en mesure de nous fournir, en sélectionnant celles qui peuvent avoir le plus de conséquences sur la pratique médicale. Ces connaissances tourneront autour de la formation de la personnalité et une large place sera faite à l'étude de l'enfant.

Tout le monde s'accorde, même si c'est avec des conceptions différentes, pour reconnaître avec Freud que l'enfant est le père de l'homme, et que l'histoire de l'enfant conditionnera bien des attitudes de l'adulte. Or, il est facile de constater que l'étude du développement psychologique de l'enfant n'est pas enseignée en médecine en dehors du programme de psychologie médicale. C'est pourquoi nous développerons cet aspect et, ne pouvant pas être encyclopédique, nous n'envisagerons pas ici les données physiologiques et biochimiques, ni même neuro-psychologiques, pour lesquelles nous renvoyons le lecteur aux traités et abrégés qui leur sont consacrés. C'est donc délibérément que nous laisserons de côté ces effecteurs de la communication pour nous consacrer uniquement à la nature et aux formes de la communication inter-humaine.

Nous ne méconnaissons pas l'importance de ces effecteurs, mais nous sommes obligés de nous limiter, et nous pensons prioritaire de développer ici ce qui est véritablement spécifique à la psychologie et que l'étudiant n'aura pas l'occasion de retrouver ailleurs dans son enseignement. Cette spécificité nous la situerons dans l'étude de la relation et de la communication inter-humaines dont nous illustrerons l'importance pour le développement de l'enfant et la formation de la personnalité; ainsi que pour la santé physique et psychique de l'individu, qui ne peut se concevoir qu'en situation de communication avec un environnement; enfin pour l'établissement de la relation de soin et la qualité de son déroulement.

Ce sont les applications de ces connaissances à la pratique médicale que nous envisagerons dans la deuxième partie. Ces applications seront dominées par la considération qu'une conception de la santé ne peut se comprendre, dans toutes ses implications, qu'en référence au système de valeurs d'une société donnée et d'un individu donné. Le médecin fera inéluctablement partie de ces valeurs et viendra y occuper un rôle pour son malade, rôle qui ne sera pas nécessairement celui qu'il pourrait souhaiter.

La ligne directrice de notre réflexion tournera autour de cette idée que tout soignant est appelé à prendre une place dans le système de valeurs et les idéaux de son patient. Cette place sera toujours plus ou moins liée aux figures parentales et le soignant y représentera habituellement une image idéale de son patient, garant d'une intégrité et d'une

puissance menacées par la maladie. Dans cette perspective il ne saurait y avoir de division de la médecine en une médecine technique d'organe et une médecine relationnelle. Tout acte médical concerne l'homme dans son entier et a une dimension relationnelle potentielle, plus ou moins influente, demandant des réponses différenciées, mais qui ne doit jamais être ignorée. L'impact psychologique d'un acte médical dépendra bien plus des personnalités en présence que de sa nature, technique ou pas. Le soignant en retire un pouvoir, parfois bien plus considérable qu'il ne l'imagine, et qui sera utilisé avec des effets tantôt bénéfiques, tantôt pathogènes, mais le plus souvent de façon tout à fait involontaire.

Rendre ce pouvoir plus conscient et donc plus volontaire et maitrisable, sera notre objectif essentiel. Mais nous ne déboucherons pas pour autant sur des conduites à tenir prescrites sous forme de recettes. Dans ce domaine, tout particulièrement, « s'il n'est de science que du général, il n'est de vérité que du particulier ». Vouloir donner des recettes serait en effet feindre d'ignorer que la façon de les appliquer, fonction des motivations profondes, aura souvent plus de conséquences que le contenu de ce qui est appliqué. L'insistance sur la nécessité d'une formation pratique à côté de l'information théorique, également indispensable, sera une des constantes de cet abrégé.

Si nous ne débouchons pas sur des séries de conduites à tenir, nous nous efforcerons par contre de dégager des connaissances théoriques les principes essentiels susceptibles de guider les attitudes des soignants, en laissant à chacun le soin de moduler son intervention en fonction de sa personnalité propre. Nous serons ainsi amenés à développer davantage certains principes en raison de l'importance de leurs applications pratiques. Ce sera notamment le cas pour les principes tirés des données concernant la formation de la personnalité qui nous permettront, en conclusion de la première partie, de déboucher sur des orientations éducatives impliquant les soignants. Ce sera également le cas pour les mesures pouvant guider une action préventive. Ce n'est pas un des moindres intérêts de la psychologie que d'apporter une contribution, que nous n'hésitons pas à qualifier de majeure, au domaine de la prévention. Faisant ressortir la prégnance et la gravité des conduites humaines répétitives ainsi que l'importance des premières expériences, la psychologie n'en est que plus autorisée à insister sur la nécessité d'une action préventive comme meilleure assurance sur la santé. Nous commençons à posséder suffisamment de connaissances pour que des mesures pratiques puissent en découler. C'est sur ce point que nous conclurons.

Ce livre est un abrégé de psychologie médicale, mais il s'adresse dans notre esprit à tous ceux qui occupent une fonction soignante, quelle qu'elle soit. Le modèle de la relation médecin-malade n'est choisi que par sa valeur exemplaire de prototype, qu'il tire de la nature des pouvoirs prêtés aux médecins et ce depuis qu'une vie sociale existe.

Chaque chapitre des première et deuxième parties sera précédé d'une série d'objectifs qui ont pour raison d'être de permettre au lecteur, après une première lecture du chapitre, d'en tirer les lignes directrices et d'en dégager les points forts qui lui serviront à orienter sa pratique et à fonder les raisons de ses attitudes.

Un certain nombre d'observations cliniques sont données en exemple. Elles sont, pour la majorité d'entre elles, regroupées à la fin du chapitre 1 de la deuxième partie. Elles peuvent ainsi être consultées et comparées plus facilement. Elles illustrent plus spécialement le contenu de ce chapitre, mais tirent tout leur sens et leur intérêt d'être étudiées après lecture complète de l'abrégé.

INTRODUCTION

LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE A-T-ELLE UNE PLACE DANS LE CADRE D'UNE MÉDECINE SCIENTIFIQUE?

Il nous paraît nécessaire de nous interroger sur les raisons et les objectifs d'un enseignement de psychologie médicale. Son introduction dans le cours des études médicales est récente : au début des années 60. Il peut sembler paradoxal que cette naissance officielle de la psychologie médicale coïncide avec les plus grands succès et la diffusion de la médecine dite « somatique », centrée sur la maladie plus que sur le malade.

Qu'entend-on en effet par psychologie médicale? Nous verrons dans les chapitres suivants que son objet et sa méthode ne sont pas aisément délimitables. Néanmoins, dans une première approximation, nous admettrons qu'il s'agit de considérer dans la relation médicale le rôle de tout ce qui est de l'ordre de la *psyché,* c'est-à-dire tout ce qui concerne le *fonctionnement mental* du malade et du médecin ou de tous ceux qui occupent une fonction soignante.

Nous retrouvons là l'opposition classique entre *une médecine de la maladie,* centrée sur l'organe malade, et une *médecine* plus globale, *centrée sur l'homme malade,* dont la maladie ne serait que l'expression la plus manifeste d'un déséquilibre affectant l'ensemble de sa personnalité. Cette opposition a constamment parcouru la médecine occidentale depuis ses origines dans l'antiquité.

Néanmoins *la naissance de la médecine « scientifique »* au XIX^{e} siè-

cle devait assurer dans les faits, sinon dans tous les esprits, le triomphe de la médecine d'organes, de la médecine de la maladie. S'appuyant sur une base méthodologique sûre, provenant des sciences biologiques et physico-chimiques, la clinique médicale devait prendre son essor à partir de la classification, empruntée aux sciences naturelles, de la méthode anatomo-clinique (à tout syndrome clinique correspond une lésion anatomique), et de l'expérimentation. Broussais en posait avec vigueur les fondements cliniques, tandis que Claude Bernard en tissait les liens avec l'ensemble des méthodes scientifiques et qu'Auguste Comte en développait les bases philosophiques. Les fruits devaient mûrir au milieu de notre siècle avec les succès thérapeutiques qui montraient avec évidence l'efficacité et donc la validité de cette méthologie.

Dans ces conditions, *pourquoi faire intervenir la psychologie?* que peut-elle apporter face à de tels succès, alors même qu'A. Comte avait affirmé l'inexistence de la psychologie en tant que science et que, de toutes parts, on dénonce la mort de la psyché, assimilée dans le meilleur des cas à la métaphysique, voire confondue avec l'obscurantisme? Faut-il y voir un retour en force de l'affectivité, frustrée par la rigueur de l'approche scientifique. ou la psychologie peut-elle apporter un éclairage indispensable à nul autre réductible? En somme peut-elle proposer un objet et des méthodes spécifiques susceptibles d'intéresser les soignants et d'apporter un soulagement aux malades?

Deux ordres de faits se sont conjugués pour rendre possible et même nécessaire l'apparition de la psychologie médicale et son organisation comme discipline autonome :

– *Les progrès réalisés dans les sciences psychologiques* et les découvertes qui en ont découlé. Les méthodes d'études se sont diversifiées et ont permis de dépasser les considérations spéculatives pour conduire à des applications pratiques. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

– *Les succès mêmes de la médecine d'organe* et de la méthode anatomoclinique, *qui ont permis de percevoir les limites de cette approche et ainsi de mieux cerner la place occupée par les autres facteurs* : génétiques, socio-économiques, environnementaux et plus particulièrement psychologiques, c'est-à-dire interrelationnels.

LES SUCCÈS DE LA MÉDECINE ONT MODIFIÉ NOTRE CONCEPTION DE LA MALADIE

Cette modification va se traduire sur plusieurs plans :

■ ***Séparation du « lésionnel » et du « fonctionnel ».*** Une meilleure connaissance de l'anatomo-pathologie et des mécanismes physio-patho-

logiques a permis dans la majorité des cas de déterminer le support lésionnel des maladies. De ce fait *un des objectifs de la médecine devenait le repérage de ces lésions* et la discrimination entre les vraies maladies et les fausses. Le vaste domaine *des troubles dits « fonctionnels »*, c'est-à-dire sans support lésionnel organique était né, mais beaucoup plus comme diagnostic d'élimination, que comme diagnostic positif avec signes spécifiques à l'appui.

Un exemple peut illustrer cet effort des médecins pour cerner le pathologique. C'est essentiellement pour départager les troubles neurologiques, liés à une lésion, de ceux purement psychiques, dus à l'hystérie, que Babinski entreprit son exploration méthodique des réflexes dont la perturbation serait pathognomonique d'un trouble lésionnel. Le désormais classique signe de Babinski allait en naître, témoignant d'une atteinte de la voie pyramidale. Mais de ce fait, Babinski, et après lui bien des médecins, eurent justement tendance à dénier toute spécificité à l'hystérie et à la confondre avec le pithiatisme, c'est-à-dire avec la simulation pure et simple. Tout l'effort de son prédécesseur, Charcot, pour individualiser l'hystérie comme trouble spécifique se trouvait compromis. Seule la lésion objectivale était « réelle ». Le trouble psychique, non matérialisable, et la simulation se confondaient dans le même rejet hors du champ médical (à propos de l'hystérie cf. 1re partie, chap. 4 et 5).

C'est la même mésaventure qui *va survenir à l'ensemble des troubles dits fonctionnels* : palpitations, vertiges, céphalées, spasmes et algies diverses (gastralgies, précordialgies...) sans support lésionnel. Là encore le médecin est tenté d'y répondre par une *réponse en tout ou rien :* ou il trouve une lésion sous-jacente et ce ne sont plus des troubles fonctionnels, ou il n'en trouve pas et « ce n'est rien ». Un « *ce n'est rien* » qui est une fin de non recevoir, qui risque d'être entendu comme un jugement de valeur (« vous faites des histoires pour rien ») et qui renvoie le malade à sa solitude.

La multiplication et l'efficacité des examens complémentaires, comme des thérapeutiques, permettent beaucoup plus aisément que par le passé de prouver ou d'éliminer la lésion. On peut alors s'apercevoir par des enquêtes *que 50 à 75 % des malades venant consulter les médecins généralistes n'ont pas de maladie lésionnelle. La fréquence de tels troubles ne permet plus de les ignorer.* Quelle peut être alors la réponse du médecin :

– *Refuser de les prendre en compte.* C'est la réponse par le « ce n'est rien » dont nous venons de voir le caractère insatisfaisant. Caractère qui a été confirmé notamment par les travaux du médecin psychanalyste anglais M. Balint, auprès des médecins généralistes du Service National de Santé Anglais. Il a ainsi pu mettre en évidence la fréquence

avec laquelle les malades présentent divers « troubles » à leur médecin, changeant de troubles ou de médecin, jusqu'à ce qu'un des symptômes présenté soit reconnu comme « valable » par un médecin et conduise à un traitement.

Derrière cette *« offre »* réitérée de symptômes et de plaintes diverses se cache *« une demande »* d'ordre affectif et relationnel qui nécessite également un déchiffrage afin de permettre une réponse appropriée. En son absence le trouble fonctionnel risque de s'organiser comme modalité relationnelle privilégiée du malade avec son entourage familial et médical, entretenant des consultations répétées, avec de la part du médecin alternance de lassitude, de laisser-faire et de phases d'activisme thérapeutique.

L'expérience montre également que la frontière entre le lésionnel et le fonctionnel n'est pas parfaitement étanche. L'absence de réponse adéquate au déséquilibre de la personnalité que reflètent ces plaintes répétées est susceptible, dans certains cas, de provoquer l'organisation d'un trouble somatique avéré qui évoluera alors avec son propre pronostic (cf. 1re partie, chapitre 5).

– *Répondre par une tentative d'explications physio-pathologiques de ces troubles afin de leur conférer une authenticité médicale.* On a vu naître de nombreux vocables pour les désigner : dystonie neurovégétative, troubles du sympathique, névrose cardiaque, asthénie circulatoire... dont la multiplicité même montre leur peu de valeur explicative. Ils renvoient d'ailleurs davantage à des descriptions de mécanismes effecteurs qu'à des explications causales. Ce genre de dénominations comporte le danger pour le malade, sinon pour le médecin, de prendre valeur d'explication et d'entériner le trouble. Nous retrouvons le problème du paragraphe précédent.

– *Se demander à quelle nécessité et à quel malaise internes répond chez le malade cette expression réitérée de troubles.* Expression qui ne résulte plus d'une perturbation localisable mais qui engage l'ensemble de la personnalité. Dire « c'est nerveux » ne serait qu'ajouter un mot de plus à un vocabulaire déjà riche, et ne saurait suffire. Une réflexion sur les besoins de cette personnalité et sur la nature de la relation ainsi engagée entre le malade, son entourage et le médecin devient nécessaire. *C'est une des sources de la psychologie médicale.*

■ ***Changements dans la notion de causalité en médecine.*** Aux *deux grandes positions idéologiques* qui se sont partagées la médecine occidentale depuis l'antiquité égyptienne et grecque : la maladie comme fléau externe s'abattant sur un individu « innocent » ou plus exactement « étranger » à cette pathologie, et la maladie comme réaction de l'organisme à une perturbation de son équilibre interne, la médecine du

XIX[e] siècle a eu l'ambition de répondre par son approche scientifique, en clôturant le débat. En fait elle l'a retrouvé avec de nouvelles données mais inchangé dans son fond. *En effet Pasteur, avec la découverte des microbes,* sembla apporter l'argument définitif en faveur de la conception de la maladie liée à un facteur extérieur à l'individu. Le microbe était facilement identifié à l'agent du mal qu'il s'agissait de chasser au dehors et d'exterminer, ce qui contribua sûrement au succès d'une telle conception.

Mais il fallut expliquer les différences de réactions des individus soumis à une même contamination, et la découverte de maladies beaucoup plus complexes comme les maladies endocriniennes ou les maladies auto-immunes obligea les médecins à adopter de nouveaux modèles. A une *causalité linéaire simple,* dont le type est un agent microbien externe cause d'une lésion d'un organe, il fallut substituer ou du moins surajouter la notion *d'une causalité circulaire avec effets de rétroaction* : la réaction de l'organisme devenant à son tour facteur d'agression pour ce même organisme. Enfin une *conception multi-factorielle* devait amener à prendre en compte une pluralité de facteurs interagissant entre eux : génétiques, environnementaux, psychologiques.

> La maladie n'est donc plus dans tous les cas, cet événement frappant un individu totalement étranger à sa naissance, la subissant et dont toutes les forces seraient tendues vers la guérison. L'organisme malade est impliqué dans l'apparition, le déroulement, la guérison de la maladie.

C'est l'aboutissement des recherches modernes sur la pathogénie des maladies qui, nous l'avons vu, nous obligent à abandonner les vues simplistes de la maladie pour en percevoir toute la complexité.

Un certain nombre de faits plaident également dans ce sens :

– *Ce sont les maladies dites psychosomatiques,* c'est-à-dire s'accompagnant de lésions organiques vérifiables, mais dans le déclenchement et l'évolution desquelles on est fondé d'incriminer des événements à résonnance affective (deuils, séparations, changement d'environnement...) auxquels le sujet « répondrait » par une maladie : asthme, ulcère, recto-colite hémorragique, maladies de la peau... Il semble également que l'on puisse assister chez ces personnalités à de véritables *balancements* entre la survenue de telles maladies et celle de troubles franchement psychiatriques pendant lesquels tous ces troubles somatiques disparaissent. Nous y reviendrons en détail au chapitre 5 de la 1[re] partie.

– *Ce sont les troubles fonctionnels* dont nous avons vu qu'ils se répétaient volontiers jusqu'à ce que le patient ait pu trouver un terrain commun d'entente et d'échange avec le médecin, montrant par là *le besoin du malade d'être « reconnu »* et d'établir un lien relationnel. On

peut en rapprocher *la plainte* purement psychique, sans troubles lésionnel ni fonctionnel, de certains patients dont c'est le seul moyen d'exprimer une *revendication affective profonde* (cf. 1re partie, chapitre 4, l'hypocondrie). Le maintien de cette plainte semble *nécessaire à leur équilibre* et l'on observe souvent qu'elle disparaît s'il leur arrive de présenter une maladie somatique, comme si cette dernière absorbait toutes leurs tensions internes et leurs revendications et leur apportait paradoxalement un apaisement moral.

Ces derniers cas sont exemplaires par leur caractère excessif et peuvent relever d'un abord psychiatrique. Mais ils ne sont pas exceptionnels : l'intensité des plaintes corporelles de ces patients « éponge » le plus gros de leurs difficultés et leur permet par ailleurs une vie « normale » n'attirant pas l'attention. Leur problématique n'est pas très différente de celle, beaucoup plus fréquente, de tous ceux *pour qui la maladie ou le handicap physique ou mental deviennent objet de fierté et leur atout relationnel essentiel.* Ce qui initialement se présentait comme un manque devient un en-plus, source de bénéfices de toutes sortes et de bien des droits que l'on peut revendiquer sans culpabilité ni honte.

Peut-il y avoir « complicité » entre le malade et sa maladie? Nous n'entendons pas par là une complicité manifeste consciente, en vue de tirer des avantages matériels; mais une complicité profonde, indépendante de la volonté du patient, du type de celle qui, chez un malade sujet à des troubles psychosomatiques, le fait balancer entre des réponses de type somatique (la maladie somatique) et des réponses de type mental (les troubles psychiques) aux agressions qu'il subit. Devant un même traumatisme, un organisme aurait donc *plusieurs types de réponses possibles,* plus ou moins adaptés à la situation, plus ou moins dangereux pour lui. *De quels paramètres dépendrait alors le « choix » de la réponse? En quoi et comment la personnalité du patient est-elle engagée dans ce choix?* Autant de questions posées *auxquelles la psychologie médicale doit s'efforcer d'apporter des réponses.*

L'être humain aurait non seulement la possibilité de s'installer dans la maladie et d'en tirer bénéfice mais, plus encore, il aurait la possibilité d'exprimer par la maladie des tendances profondes.

Tendances exprimant une conflictualité interne? un retournement de l'agressivité contre lui-même? un désir de mort? Nous nous contenterons pour le moment de ces termes généraux et imprécis et de ces interrogations, nous réservant par la suite d'exposer plus longuement les réponses qui ont pu être apportées. Mais la question se pose et on ne peut plus, actuellement, ne pas la poser.

Les faits précédents nous y obligent. De même, on a pu constater

la propension de certaines personnes à répéter les mêmes situations traumatiques, la fréquence exagérée d'accidents chez d'autres ou le caractère anormalement foudroyant de certaines évolutions de maladies pourtant communes. Les *résultats d'une enquête* effectuée en Suède, nous permettront d'illustrer ce lien étroit entre l'état psychologique d'un sujet, sa personnalité, et son état physique. Elle porte sur plus de 1 500 adolescents ayant fait une tentative de suicide sans aucune séquelle physique. Dix ans plus tard on observe que leur *santé physique* est significativement plus compromise que celle d'un groupe témoin, et encore une fois, sans qu'il y ait de liens directs entre cette altération et l'incidence physique directe de la tentative. C'est ainsi que des rentes pour invalidité prématurée ont été accordées à 6,2 % des garçons ayant fait une tentative de suicide contre 0,6 % au groupe témoin. De même les arrêts de travail pour maladies somatiques sont en moyenne de 2,21 semaines par an dans le groupe testé contre 0,9 semaines pour le groupe témoin... (*).

LES SUCCÈS DE LA MÉDECINE ONT MODIFIÉ NOTRE PERCEPTION DES MÉDECINS ET DE LA MÉDECINE : LE DROIT A LA SANTÉ

■ *Les pouvoirs du médecin.*

Le médecin a pris le relai du sorcier et du chaman. Comme eux il suscite un intérêt très mélangé : il est celui qui guérit, mais aussi celui qui peut provoquer la mort. On l'admire pour ses pouvoirs mais on est prêt à le mettre en accusation et à demander sa mort s'il se trompe ou s'il déçoit les espoirs mis en lui. Le médecin comme ses prédécesseurs est celui qui a accès aux secrets de la vie et qui connaît les lois de la vie, de la mort, mais aussi du corps et du sexe. Nous y reviendrons en 2e partie.

A cette magie primitive, *la médecine scientifique a substitué un savoir sur et vérifiable,* dont la divulgation aurait dû rationaliser les demandes faites au médecin. En est-il bien ainsi?

> Il semble au contraire que les succès de la médecine, issus de *sa technicité croissante et de son effort de rationalité, n'aient guère diminué l'investissement magique de la médecine et des médecins,* auxquels on demande plus qu'ils ne peuvent donner et desquels on attend une protection de plus en plus étendue contre les risques de la vie.

(*) OTTO U. : Suicidal acts by children and adolescents : a follow up study, *Acta psychiatrica Scandinavia,* 1972, Supplementum 233.

Nous avons vu en effet que les progrès de la médecine s'accompagnaient d'une meilleure perception du lésionnel et du rejet concommitant du fonctionnel. Celui-ci continue néanmoins de constituer plus de la moitié des consultants dont on est bien obligé de constater l'irrationnalité de leur demande, sur la nature de laquelle il nous faut nous interroger. Enfin *dans le champ même de la pathologie lésionnelle les progrès médicaux nous permettent de mettre en évidence le poids de facteurs irrationnels.* Nous allons en donner quelques exemples.

a) **L'effet placebo.** – Nous nous inspirons là des travaux du Pr Simon et de A. Spriet, que l'on peut trouver exposés dans la *Revue de Médecine* n° 7 du 13 février 78, les références à des publications françaises et étrangères sont nombreuses et précises, nous ne les détaillerons pas ici.

A priori, la chimiothérapie se présente comme un des lieux d'élection de la « science médicale pure », avec molécule chimique, effets pharmacologiques, pharmacocinétiques... donnant l'impression que la part de subjectivité est réduite quasiment à néant.

Et pourtant, c'est par son intermédiaire qu'on a pu montrer combien la part d'irrationnalité était importante dans les effets attribués à un médicament. C'est là encore la possibilité de prévoir avec précision les effets chimiques qui a permis de mieux percevoir la part de tout ce qui provenait d'autres facteurs.

On appelle effet placebo les modifications objectives et subjectives de l'état d'un sujet auquel on a administré – en milieu médical – un corps sans action pharmacodynamique propre appelé placebo. Par extension, « l'effet placebo » est, lors de l'administration d'une drogue active, la différence entre la modification constatée et celle imputable à l'effet pharmacodynamique de la drogue.

Indépendamment de tout effet pharmacologique propre, l'efficacité d'un traitement est due à de nombreux facteurs non spécifiques responsables de l'effet placebo.

Ces facteurs non spécifiques comprennent :

– d'une part, des facteurs liés au médecin, à sa personnalité, à sa croyance au médicament que les pharmacologues essaient d'éliminer par les essais en « double aveugle », au cours desquels le médecin pas plus que le malade ne savent s'il s'agit du placebo ou du produit actif;

– d'autre part au médicament lui-même que le sujet croit être efficace, c'est là l'effet placebo stricto sensu.

Pour les facteurs liés au médecin et au soignant :

Les médecins optimistes obtiennent de meilleurs résultats que les pessimistes ou les sceptiques.

Un médecin affichant une attitude « expérimentale » sera moins efficace qu'un médecin présentant une attitude « thérapeutique ».

Les malades qui jugent leur médecin « chaleureux » s'améliorent mieux que ceux qui jugent le leur « non chaleureux ».

Des explications différentes données au malade sur le même traitement peuvent en influencer sensiblement l'effet.

Pour les facteurs liés au médicament :

L'effet placebo présente des caractéristiques identiques à celles d'un effet pharmacologique vrai.

Il peut s'accompagner d'effets secondaires indésirables (reliés au degré d'hostilité du sujet) et la placebo-sensibilité est plus grande si le sujet accepte volontiers le traitement.

Notons aussi qu'il n'a pas été trouvé de corrélation entre la placebo-sensibilité et les caractéristiques physiologiques et démographiques, ce qui tendrait à prouver le lien essentiel avec la personnalité du sujet.

Dans une population donnée, on trouve environ 1/3 de sujets placebo-réactifs, qui présente, lors de l'administration d'un corps inactif, des réactions positives, négatives, ou des effets secondaires. On distingue des sujets placebo-réactifs positifs, réagissant dans le sens prévu de l'expérience, et des sujets placebo-réactifs négatifs.

Dans l'effet placebo vont intervenir quatre facteurs :

- le symptôme et le complexe syndromique : la maladie;
- le malade et sa personnalité;
- le placebo lui-même; sa voie d'administration (plus actif en injection que *per os*, coloré qu'incolore, amer qu'insipide);
- le médecin.

L'action d'un médicament est donc due :

- à son activité pharmacodynamique;
- à l'attitude du médecin, à sa croyance en son efficacité et à la confiance que lui porte le malade;
- à l'attitude du malade, à sa croyance en l'efficacité du médicament.

b) **L'adhérence au traitement ou « observance ».** Le malade est a priori supposé prendre le traitement tel qu'il est prescrit, et pourtant une thèse faite par le docteur Y. Matillon dans un service de médecine interne à Lyon, montre que l'observance médicamenteuse n'est stricte que dans 15 % des cas. Les femmes n'observent strictement le traitement que dans 5 % des cas, 35 % chez les hommes. Les patients remanient leur ordonnance, éliminant certains médicaments, augmentant la posologie d'autres, rajoutant des médicaments anciens...

Ce problème de l'observance médicamenteuse est d'étude assez récente en France, mais reprenant les études étrangères, le Pr Simon et

A. Spriet sont arrivés aux conclusions suivantes (*Revue de Médecine* n° 15 du 10 avril 1978).

Pour les facteurs de non observance :

– *La maladie* : le taux de non observance est d'autant plus important que l'affection est moins ressentie par le malade.

– *Le sujet* : pas de corrélation avec les caractéristiques démographiques telles qu'âge, niveau intellectuel; la personnalité du malade est sûrement un des facteurs primordiaux.

– *Le traitement :* la complexité du traitement, sa durée, le nombre de médicaments prescrits interviennent dans la non observance.

– *Le médecin :* « Le médecin, son comportement, la relation médecin-malade jouent souvent un rôle considérable. L'observance est nettement meilleure si le prescripteur est amical et compréhensif, s'il s'inquiète des soucis du patient, s'il est facilement communicatif. »

Ces données sont corroborées par les suivantes, citées par le Dr Dreiser aux entretiens de Bichat (76).

Des malades qui observaient dans 73 % des cas l'ordonnance de leur médecin habituel ne suivent qu'à 54 % celles de son remplaçant.

L'observance de patients soignés pour une polyarthrite rhumatoïde est de 69 % si le malade croit à son médecin, s'il n'a pas attendu longtemps, et s'il a été reçu longtemps. Cette observance tombe à 20 % dans les cas contraires.

Nous pourrions encore citer de nombreux chiffres. Nous voulions seulement prouver l'importance de la personnalité du malade, de celle du médecin et de leur relation dans un domaine aussi apparemment technique que le traitement des maladies organiques.

■ *La « médicalisation » de la vie.*

Parallèlement à cette foi dans les « miracles » de la médecine, on assiste à *une inflation de la demande médicale.* Plusieurs mouvements se conjuguent pour donner ce résultat.

– La médecine est la seule institution sociale dont *les dépenses ne sont pas à priori limitées* et le « refus de soins » fait encourir des peines judiciaires. On assiste ainsi à *un déplacement de demandes* de tous ordres sur la médecine, d'autant que cette dernière est également quasiment gratuite.

– La médecine voit son label utilisé *à des fins publicitaires.* Le qualificatif de « médicinal » devient pour bien des produits une garantie de succès.

– *La médecine peut être amenée à remplacer le système défaillant des valeurs morales individuelles.* Devant des situations conflictuelles,

d'inadaptation sociale quel qu'en soit le type, la tentation est grande de substituer les critères du normal et du pathologique aux valeurs morales, tant il est vrai qu'une société ne peut fonctionner sans système de référence, c'est-à-dire sans valeurs.

On assiste ainsi *à la transformation de l'approche scientifique de la médecine en un mythe et en une idéologie « scientiste »*, c'est-à-dire en une forme de croyance utilisant la caution morale donnée par des résultats scientifiques pour les extrapoler au delà de leurs limites de validité et en bâtir un système sous-tendu en fait par des positions affectives et purement subjectives.

Quelques exemples de cette médicalisation de la vie nous permettront d'en mieux saisir la portée. On en trouve des illustrations plus complètes dans les ouvrages de I. Illich, d'une présentation très polémique et dans le livre du Professeur Sournia : « Les malades que l'on fabrique » dont l'approche très documentée et plus nuancée n'en a que plus de portée.

Le Pr Sournia remarque que dans nos types de sociétés *on considère comme malade, c'est-à-dire comme ayant droit aux soins médicaux celui qui se ressent comme tel. Mais mettre le nom de « maladie » sur cette sensation pénible, ce malaise que ressent l'individu est un fait culturel :* l'idée de maladie dépendant de ce que lui en a appris la société par ses parents, son éducation, ses conversations et ses lectures.

Or cette idée « sociale » de la maladie s'est singulièrement étendue en même temps que la société a pris en charge l'individu d'une façon de plus en plus globale. La notion de « *droit à la santé* » est devenue très extensive : ne comprenant plus seulement le droit à être aidé dans la lutte contre la maladie, mais se généralisant peu à peu à tous les événements en rapport avec le corps : les exemples sont nombreux, marqués par la confusion entre l'anormal et l'asocial, le médical et le social.

Les tensions, les difficultés de la vie sociale (moyens de transports, mode de travail, difficultés de communications interpersonnelles) deviennent des « stress », des « traumatismes », entraînant des « dépressions ».

Les enfants trop sages sont amenés au psychiatre; aux enfants agités on peut proposer des tranquillisants; l'échec scolaire devient un drame médical. La vieillesse devient sénescence et est confiée au gériatre tandis que le manque d'environnement social au même âge devient maladie et se termine dans les « hôpitaux de long séjour ».

Les difficultés professionnelles, les licenciements, les mésententes conjugales entraînent un malaise (au sens large) bien normal, mais ce malaise devient maladie et est alors apporté au généraliste, quand ce n'est pas au psychiatre, considéré dans ce système comme seul capable d'apporter le soulagement attendu.

La « culture » donne un sens aux événements qui jalonnent la vie de l'homme, notamment aux souffrances, aux infirmités, à la mort. Dans les sociétés traditionnelles l'homme est responsable de son comportement devant la société. Notre culture transforme les événements en faits médicaux et c'est alors la société qui est responsable envers l'homme qui souffre et qui doit le délivrer de ses douleurs.

Nous voyons s'ébaucher un double mouvement qui tend à restreindre la liberté de l'individu et comme l'écrit le Pr Sournia :

> D'une part, l'individu demande à la société de supprimer un nombre croissant de difficultés qui jusqu'ici n'avaient pas de solutions sinon résultant de son initiative et de sa volonté personnelle.
>
> D'autre part, la société demande à la médecine de régler un nombre croissant de situations pour lesquelles la science médicale n'a pas toujours de solution à proposer.

Dans un cadre plus authentiquement médical, les progrès de la médecine nous amènent à nous poser avec plus d'acuité qu'auparavant le problème de *la chronicité : vivre avec un handicap* pose en effet non seulement le problème du soin technique à lui apporter, mais aussi :

– le problème moral de l'impact du handicap, engageant l'ensemble de la personnalité du patient et les modalités de sa relation avec l'entourage. Selon les réponses apportées les répercussions et l'évolution du handicap peuvent considérablement changer.

– Le problème d'un éventuel traitement à vie ou du moins de longue durée. Le diabète et la plupart des maladies endocriniennes ou nécessitant un régime en sont une bonne illustration. Les médecins savent que la qualité de l'observance du traitement dépendra essentiellement de la façon dont le patient vit son handicap et du style de la relation nouée avec son médecin.

■ *Le droit à la santé et le coût de la santé.*

Les succès de la médecine et la défaillance des valeurs traditionnelles conjuguent donc leurs effets *pour déplacer sur la médecine une demande de protection et d'assurance dont tout individu a besoin.* Cette demande jointe à la présentation de la société comme une entité devant assurer le bonheur et la sécurité de l'individu, aboutit à l'apparition plus ou moins implicite *d'un droit à la santé qui serait plus un dû qu'une finalité à atteindre.* La médecine et les médecins favorisent parfois la construction de cette illusion. N'a-t-on pas vu accolée aux tranquillisants la qualification de « pilules du bonheur »? Et plus récemment n'a-t-on pas présenté la découverte des endorphines comme levant le mystère de la douleur? comme si le bonheur et la douleur pouvaient se

réduire à leurs composantes physiques et n'engageaient pas le système de valeurs et de références de chacun, et d'une culture donnée. Le risque de tels mythes est de cristalliser sur eux une revendication affective qui, par définition, est sans fin si elle reste quête et dépendance d'autrui au lieu de devenir construction active par le sujet. La déception entraînera une revendication et une demande accrues qui ne pourront qu'être à leur tour déçues puisqu'il y a *malentendu initial et confusion de langage.* Là où le sujet recherche un bonheur affectif et la satisfaction de ses désirs, la médecine ne pourra jamais que proposer le soulagement d'une douleur physique ou l'apaisement d'une tension organique.

La canalisation sur la médecine de tels appétits et revendications risque de coûter fort cher. La multiplicité des explorations et examens disponibles, comme la diversité des médicaments, permettent en effet de prolonger l'illusion fort longtemps. *Plus la plainte du malade sera imprécise, plus le coût des mesures exploratoires peut être élevé* à la recherche d'une hypothétique lésion, qu'on a maintenant la possibilité d'aller traquer à grands frais au cœur de l'organisme. Or, tant qu'il n'a rien trouvé le médecin est en droit, par sécurité, de chercher toujours plus loin. Il est souvent plus aisé de prouver l'existence d'une lésion que d'en affirmer l'absence.

> Le niveau d'exploration jugé suffisant dépendra plus de la personnalité du médecin, de son anxiété éventuelle ou de la patience du malade, que de critères objectifs.

Or, il est bien certain qu'aucune société ne pourra se permettre un accroissement illimité du coût des soins médicaux. Les dépenses inconsidérées se font donc au détriment des dépenses nécessaires. De plus, des soins inutiles deviennent facilement des soins dangereux, non seulement par l'accoutumance qu'ils peuvent induire, mais du fait de leur propre toxicité éventuelle. Nous y reviendrons dans la 2e partie.

Nous ne citerons pas les chiffres traduisant l'augmentation du coût des soins médicaux ces dernières années. Tout le monde les connaît. Nous nous contenterons d'en évoquer un seul : l'augmentation des dépenses de pharmacie du régime général de la Sécurité Sociale a été de 163 % en 7 ans (de 1968 à 1975).

LES SUCCÈS DE LA MÉDECINE FONT RESSORTIR LE ROLE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LA SANTÉ ET L'IMPORTANCE DE LA PRÉVENTION

Il semble en effet que l'ampleur de ces succès contre les infections microbiennes notamment, fasse qu'actuellement *le coût des nouveaux*

progrès s'accroisse beaucoup plus vite que l'allongement de la durée de vie qu'ils permettent d'espérer. Par contre la prise en compte des facteurs d'environnement semble susceptible d'apporter des changements importants. Mais elle suppose une *modification de la perspective médicale qui doit quitter le strict point de vue lésionnel pour considérer l'individu en situation dans son environnement.*

Une étude américaine récente (*) citée par le Pr Bader illustre de façon exemplaire ce point de vue.

L'auteur compare les statistiques de santé de deux États voisins des États-Unis : l'Utah et le Nevada. Ces deux États ont le même climat, le même degré d'urbanisation et de scolarisation, le même niveau de médicalisation (nombre de médecins et de lits hospitaliers par tête d'habitant). Or les habitants de l'Utah sont parmi les plus florissants sur le plan de la santé alors que ceux du Névada sont parmi les moins bien portants.

La mortalité infantile des enfants blancs du Névada est de 40 % supérieure à celle de l'Utah et cette surmortalité se retrouve à tous les âges :

- 44 % chez les hommes de 20 à 39 ans;
- 54 % chez les hommes de 40 à 49 ans.

Autres chiffres remarquables : la mortalité par cirrhose du foie et cancer bronchopulmonaire est augmentée de 590 % en Névada par rapport à l'Utah chez les hommes de 30 à 39 ans et 443 % chez les femmes du même âge.

Ces *différences considérables s'expliquent* chez ces populations, ayant des niveaux de vie identiques et les mêmes possibilités d'accès aux soins, *par leur différence de mode de vie.* L'Utah est une zone d'implantation mormone, maintenant un certain puritanisme, rejetant le tabac et l'alcool, avec une grande stabilité familiale et géographique (65 % des résidents de plus de 20 ans y sont nés, moins de 10 % des hommes de 35 à 64 ans sont célibataires, divorcés, séparés ou veufs). Le Névada est le symbole d'un autre style de vie avec Reno « capitale du divorce », Las Vegas « capitale du jeu ». La stabilité géographique et familiale y est faible (10 % seulement des résidents de plus de 20 ans y sont nés, plus de 20 % des hommes de 35 à 64 ans sont divorcés).

Il n'est pas douteux qu'un apport médical, même très élevé, dans le Névada, ne modifierait que d'une façon très faible les statistiques de mortalité. Dans ce cas le problème pour le médecin ne peut se situer exclusivement au niveau de la maladie, mais doit être envisagé de façon plus globale.

Seules les mesures préventives sur une grande échelle et une participation active de la population peuvent entraîner des changements mar-

(*) V. H. FUCHS, « Who Shall live? », *Health economic and social choice.* Basic books publishers, New York.

quants dans l'état de santé de cette population. Mais comme le montre l'exemple cité, une telle participation *touche aux valeurs et aux idéaux de la population concernée.* Il en est ainsi de tous les grands fléaux médico-sociaux : mauvaise nutrition, tabagisme, alcoolisme, toxicomanie. Les traiter suppose certes des traitements individuels, souvent trop tardifs et bien aléatoires, mais surtout des mesures sociales. Dans tous les cas *une étude sérieuse des motivations de tels comportements est nécessaire. Ce doit être un des objectifs de la psychologie médicale.*

Il n'est pas dans notre intention d'opposer ces perspectives d'approche psycho-sociales et économiques de la médecine et la recherche anatomo et physiopathologique. Encore une fois ce sont les succès de cette dernière qui ont permis de mieux mesurer l'impact des autres facteurs. *Les approches sont complémentaires et non pas antagonistes.* D'autre part les approches statistiques et épidémiologiques ne doivent pas masquer *l'importance du cas individuel* et la nécessité face à lui de répondre par une thérapeutique appropriée et non pas par des considérations sur la prévention et la santé de la population générale.

Nous arrivons à un moment de la médecine où manifestement un effort nouveau, non seulement matériel mais aussi sur le plan des idées et de la réflexion, doit être fait dans le sens de la prise en compte des paramètres liés à la personnalité du malade et à son environnement.

COMMENT LE MÉDECIN PEUT-IL RÉPONDRE A CES DONNÉES NOUVELLES?

Il nous faut d'abord souligner que, comme tout le monde, *le médecin ne pourra percevoir correctement que ce qu'il a été formé à percevoir.* Comme nos sens, nos jugements demandent à être éveillés et éduqués. C'est sa formation médicale qui lui permettra de reconnaître derrière une manifestation jugée banale par le profane ou passant inaperçue, le signe renvoyant à une autre réalité, parlante pour lui et désignant la lésion avec ses corollaires : un diagnostic, un pronostic et un traitement. Il en sera de même dans tous les domaines. Mais en ce qui concerne les relations avec son malade, les motivations de ce dernier, ou les facteurs psycho-sociaux, chacun considère volontiers qu'il en sait suffisamment de lui-même, avec son expérience, sans avoir à prendre en considération les données fournies par une approche plus scientifique. M. Balint a décrit avec bonheur cette idée a priori que chaque médecin se fait sur la bonne façon d'exercer sa médecine, sur celle d'être malade pour son patient, sur la manière de s'y prendre avec les malades... (cf. 2e partie, chap. 8).

Le médecin est soumis dans sa pratique professionnelle au poids de sa subjectivité. Une enquête récente a tenté d'apprécier le poids de cette subjectivité, dans les domaines non directement techniques de sa pratique (B. Brusset et coll.).

Le contenu des questions était pour l'essentiel le suivant :
- informations données au malade en cas de maladie curable ou incurable,
- incidence relationnelle du paiement à l'acte,
- prescription d'anticonceptionnels,
- mots utilisés pour formuler certains diagnostics,
- prescriptions d'antalgiques, d'hypnotiques, d'arrêts de travail,
- examens complémentaires systématiques, conseils donnés par téléphone,
- positions vis-à-vis de certains malades :
  - malades chroniques ou incurables,
  - malades « fonctionnels » ou hypocondriaques,
- attitude face aux problèmes psychologiques.

Une des conclusions de cette enquête, outre la disparité des réponses, est la difficulté à corréler le type de réponses avec des facteurs objectifs : généralistes ou spécialistes, hospitaliers ou privés, ruraux ou citadins, date d'installation (seul peut-être l'âge aurait une certaine prédictivité); ce qui tendrait à prouver que, si les réponses sont si diverses, c'est qu'elles dépendent essentiellement de la personnalité du médecin.

Par exemple au sujet des informations données au malade, les réponses vont "du moins possible" à "donner toute l'information". Le contrôle d'identité avant la prescription d'anticonceptionnels est jugé inacceptable par 25 % des médecins, nécessaire et simple par 41 %. De même pour la prescription d'antalgiques, d'hypnotiques ou d'arrêts de travail, les médecins se répartissent assez équitablement entre "le moins possible", "modérément" et "largement".

Le médecin tentera de ramener toute situation nouvelle et inconnue à une situation connue. Nous avons vu en quels termes le problème se posait à propos du fonctionnel considéré plus facilement comme du non lésionnel que pour sa spécificité propre et comme une interrogation nouvelle. C'est ainsi que les mêmes médecins généralistes qui reconnaissent que la pathologie psycho-sociale fournit 50 à 75 % de leurs consultants, prescrivent une ordonnance dans 85 % de leurs consultations (enquête Inserm). Une enquête citée par I. Illich dans son livre « *Némésis médicale* » montre également l'influence des modes sur les attitudes du médecin et les conséquences que cela représente pour la population. En 1960 au Chili 96 % des mères nourrissaient leur enfant au sein au delà de la 1re année; en 1970, elles n'étaient plus que 6 %, et pas plus de 20 % au delà du 2e mois. Tout ceci à la suite d'une campagne « scientifique » montrant que l'allaitement artificiel était plus sain car plus propre. A

la même époque (1970), en France, on recommençait à conseiller l'allaitement au sein pendant les premiers mois, car assurant une meilleure protection du bébé du fait de la présence d'anticorps maternels dans le lait.

> Plus le niveau technique de la médecine s'accroît, plus le médecin devient tributaire de la qualité de son information; plus il ressentira également le besoin de la diversifier et, face à l'accroissement de ses pouvoirs, de relativiser cette information en la situant dans le cadre d'une perspective globale de l'homme dans son milieu.

De même devant l'étendue des techniques à sa disposition, le *médecin devra prendre l'habitude de travailler en équipe.* Équipe constituée de ses collègues mais aussi de l'ensemble des professions dites « para-médicales » et regroupant les infirmières, les aides-soignantes, les secrétaires, les kinésithérapeutes, tout le corps des rééducateurs, les éducateurs, les psychologues... et la liste n'est pas close. *De la qualité des relations établies à l'intérieur de l'équipe soignante, dépendra la qualité des échanges d'informations, et donc la qualité des soins.* Nous y reviendrons en détail mais soulignons déjà que c'est là encore un domaine où interviennent en priorité les relations interindividuelles et qui fait donc partie du *champ d'étude de la psychologie médicale.*

On retiendra :

- Les progrès et les succès d'une médecine centrée sur la lésion, quel que soit le niveau de celle-ci, anatomique, physiologique, bio-chimique, génétique, ont permis par contraste de mieux saisir la place et l'importance de ce qui ne relevait pas du lésionnel dans la demande médicale.
- Les troubles fonctionnels et d'une manière plus générale, la plainte corporelle sont un moyen privilégié d'exprimer une souffrance et une quête affective et ce d'une façon qui peut être indéfinie avec les conséquences individuelles, sociales et économiques que cela comporte.
- Les soignants ne peuvent déchiffrer le sens de cette plainte qu'en fonction des codes qu'on leur aura fournis. Une réponse spontanée ne pourra qu'être entachée de leur propre subjectivité.
- Tout soignant est ainsi impliqué dans une relation avec chaque soigné qui le questionne au niveau de sa personnalité. Celle-ci intervient donc dans les facteurs thérapeutiques.
- La maladie n'est pas radicalement étrangère à l'organisme qui la porte. Il peut y avoir « complicité » entre le malade et sa maladie. Considérer l'organe malade est nécessaire mais pas suffisant. C'est l'homme en situation dans son milieu et avec sa personnalité propre que le soignant doit prendre en compte.
- Les succès de la thérapeutique centrée sur l'individu et la lésion de l'organe malade, quoique toujours à développer, font ressortir

l'importance des mesures de prévention et des facteurs pathogènes liés à l'environnement. Cela implique l'individu et la société dont il fait partie dans leurs liens relationnels et leur système de valeurs.

– Les soignants impliqués dans les soins sont de plus en plus nombreux, divers et complémentaires. Le problème de la nature et de la qualité de leurs relations interpersonnelles est de ce fait posé et engage la qualité des soins. Travail d'équipe et soins institutionnels font intervenir des facteurs psycho-sociaux spécifiques.

– La rationalisation de la médecine met ainsi en valeur l'importance des facteurs irrationnels dans la pratique médicale. Ne pas les prendre en compte dans l'exercice médical serait irrationnel. Mais l'irrationnel n'est pas nécessairement l'insensé. C'est l'objet de la psychologie médicale de tenter de comprendre le sens de ces facteurs irrationnels non pas pour les faire disparaître mais pour permettre de les utiliser à des fins bénéfiques pour la santé.

Bibliographie d'orientation

BRUSSET B. – Étude des Interrelations Médecin-Malade par enquête auprès des médecins (équipe INSERM). – *Psychologie Médicale,* 1977, 9, *6,* 959-1002.

ILLICH. I. – *Nemesis Médicale,* Seuil, Paris, 1979.

SOURNIA J.C. – *Ces malades que l'on fabrique,* Seuil, Paris, 1977.

SPRIET A., SIMON P. – Placebos et effets placebos. *Rev. Méd.* XIX, *7,* 341-348.

SPRIET A., SIMON P. – Adhérence au traitement ou « observance ». *Rev. Méd.,* XIX, *15,* 885-888.

PREMIÈRE PARTIE

LA PERSONNALITÉ : SON DÉVELOPPEMENT NORMAL ET SA PATHOLOGIE

LA NOTION DE PERSONNALITÉ

L'objectif de cette première partie n'est pas de dresser un catalogue complet de toutes les méthodes et de tous les objets de recherche que se donne la psychologie, mais d'offrir aux médecins, et plus généralement à tous ceux qui ont une fonction soignante, un outil de travail qui, bien que théorique, ait une incidence directe sur leur pratique. Il s'agit de présenter les connaissances qui nous paraissent nécessaires pour que le soignant puisse entendre et traiter les différentes demandes qui lui sont faites et pour qu'il puisse apprécier la portée psychologique des situations où il peut être impliqué : nous espérons ainsi, grâce à ces quelques notions théoriques, lui fournir un instrument de compréhension permettant de repérer et de donner sens à des manifestations qui, sans cet éclairage, passeraient inaperçues ou donneraient naissance à des conséquences jugées pathologiques mais rendues incompréhensibles par l'absence d'informations sur les conditions qui ont amené leur survenue.

Nous espérons surtout permettre d'entrevoir un nouvel espace, un champ d'études et de réflexions, qu'il restera à chacun à approfondir selon ses goûts et sa pratique.

De même que le microscope, ou les rayons X, ont apporté une nouvelle dimension à l'exploration du corps humain, les méthodes propres à la psychologie ont permis de découvrir derrière les évidences apparentes, un monde affectif et relationnel complexe d'où se dégage, maintenant, un faisceau de connaissances aux conséquences pratiques.

Disons déjà, et schématiquement, que ces conséquences peuvent être appliquées à deux domaines principaux :

- Celui du développement de l'enfant, qui n'est pas ce développement linéaire génétiquement programmé que l'on pouvait imaginer.

  Pour que les capacités génétiques se réalisent de façon optimale, *de nombreuses conditions liées à l'environnement sont nécessaires.*

  Des mesures préventives peuvent en découler.

- Celui des inter-relations entre deux ou plusieurs individus que viendront « parasiter » des phénomènes purement affectifs. La relation médecin-malade en est une illustration. Ces phénomènes seront la résultante de *l'histoire* des sujets en présence, de leur *structure* de personnalité et de la *conjoncture* des événements actuels.

Pourquoi centrer autour de l'étude de la personnalité le minimum de connaissances théoriques de psychologie que doit connaître un médecin? Parce que la notion de personnalité est la résultante des principales caractéristiques d'un individu dont la connaissance permet, pour une large part, de prévoir ses réactions dans une situation donnée. Il y a donc possibilité d'une *prévisibilité* de ce qui a été, est, ou sera, la conduite d'un individu dans une situation particulière, par exemple la situation médicale.

Personnalité vient du mot personne, dérivé du latin « persona » qui désignait les masques portés par les acteurs de théâtre. Les masques, en nombre limité, correspondaient à des caractères fixes à partir desquels les spectateurs pouvaient s'attendre à des comportements ou à des attitudes déterminés. Le « personnage » du théâtre et de la création littéraire reprend ce courant qui traduit bien le besoin de prévisibilité du comportement d'autrui et de recherche d'une attitude réciproque sans laquelle la vie sociale n'est pas possible. La notion de constance, de stabilité, est en effet au fondement même de celle de personnalité; Lalande, reprenant la définition de la psychologie classique, voit dans la personnalité : *« la fonction psychologique par laquelle un individu se considère comme un Moi, un et permanent »*, et pour Cattell : *« la personnalité est ce qui permet de prédire ce que fera un individu dans une situation donnée »*.

La notion d'individualité biologique n'est pas suffisante pour définir la personnalité, pas plus que celle d'appartenance génétique à une espèce donnée, ou d'environnement socio-économique. En présence d'un milieu identique et d'un stimulus commun, on obtient des réactions différentes de la part de sujets appartenant à la même espèce et au même groupe. Il y a donc une originalité de l'individu qui renvoie à ses motivations et à leur spécificité.

Mais : Il n'y a pas de théorie exhaustive de la personnalité, qui épuiserait le sujet : elle ne pourrait être que réductrice. Il n'y a pas de théorie vraie ou fausse : il n'y a que *des méthodes* plus ou moins rigoureuses, plus ou moins adaptées à leur sujet et débouchant sur plus ou moins d'implications pratiques. Du choix de la méthode dépendent les résultats qui ne doivent pas être pris comme des réalités absolues excluant toute autre approche, mais comme paramètres relatifs à telle ou telle méthode d'étude. D'où l'importance du choix de la méthode en fonction du but recherché et de la comparaison des résultats des différentes méthodes. C'est retrouver là la méthode comparative dont C. Levi Strauss après G. Dumezil dit qu'elle représente la « forme que revêt naturellement dans les sciences humaines la méthode expérimentale ».

1

LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE : OBJET ET MÉTHODES

OBJECTIFS

. Connaître les principales méthodes d'étude en psychologie et savoir donner brièvement leurs caractères essentiels.

. Savoir dire succintement en quoi consistent leurs principales différences.

. Savoir dire quelle peut être la spécificité de la psychologie médicale.

. Pouvoir donner pour chaque méthode un exemple de résultat susceptible d'intéresser un soignant.

. Savoir définir un test et connaître les limites de ses résultats.

. Comprendre l'intérêt de l'approche psychopathologique pour la compréhension du développement normal.

. Connaître ce qu'on entend par pulsions et savoir montrer l'intérêt et les limites de cette notion.

. Savoir ce qu'on entend par investissement en psychanalyse.

. Savoir ce qu'on entend par objet en psychanalyse.

. Savoir dire ce que la théorie psychanalytique entend par sexualité.

. Connaître la place et le sens que l'on peut donner à l'agressivité dans la vie relationnelle.

. Savoir définir comportement, fantasme, conduite et en préciser les différences et les champs d'application.

Chaque courant psychologique définit préalablement sa méthode d'étude, l'objet auquel elle s'applique et élabore secondairement une théorie explicative des faits rencontrés, permettant éventuellement de nouvelles hypothèses à vérifier.

Mais le choix d'une méthode présuppose toujours une certaine théorisation personnelle préalable, plus ou moins implicite, un a-priori sur ce qui nous paraît le plus important. D'autre part dans le domaine psychologique, l'homme est son propre observateur et son objectivité sera difficile à obtenir.

De ce fait, plus que pour tout autre domaine scientifique, *les faits observés seront modifiés par l'observation elle-même.* Nous devons en tenir le plus grand compte dans l'appréciation des résultats. Nous y reviendrons. Retenons seulement, pour le moment, que ce fait, joint à celui que l'image qu'on nous donne de notre fonctionnement psychologique, nous influence en retour, montre qu'aucune méthode n'est neutre et qu'il convient d'*être particulièrement vigilant quant aux effets et aux applications de chaque méthode.*

Théorie et pratique doivent s'instruire l'une l'autre et être les garants réciproques de leur fiabilité.

I. – LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE A-T-ELLE UN OBJET ET UNE MÉTHODE SPÉCIFIQUES?

1. – L'OBJET

L'objet est à première vue facilement repérable : le malade et sa maladie d'un côté, la fonction soignante de l'autre. Mais dès qu'on tente ainsi de le poser, il échappe à notre maîtrise par son extension et se dilue dans l'ensemble du champ d'étude de la personne et de ses relations sociales. Nous reviendrons sur ses caractéristiques au chapitre 3 de la 2e partie. Mais retenons pour l'instant un point qui nous paraît manifeste et déterminant : la situation médicale *est un modèle de situation concrète d'interaction.* Nous avons vu que c'était la conclusion du chapitre préliminaire qui insistait également sur la nécessité d'une prise en compte de l'irrationnel qui pourrait exister dans cette relation.

Cette étude de l'homme en situation concrète c'était déjà celle que Politzer dans sa « critique des fondements de la psychologie » (1928) assignait comme objet à la psychologie. Sa critique de la psychologie

abstraite et sa défense de la psychologie du sujet en situation nous paraissent toujours aussi magistrales et nous en rappellerons les principaux arguments. Prenons un des exemples qu'il donne : « Mon fils pleure parce qu'on va le coucher. Voilà l'événement. Mais il n'y a pour la psychologie classique que sécrétion lacrymale consécutive à une représentation contrariant une tendance profonde. C'est tout ce qui est arrivé. On a donc quitté le plan du « drame humain » dont l'auteur est l'individu concret, et on l'a remplacé par un drame abstrait. Dans le premier cas l'individu est quelque chose d'essentiel; dans le second, les vrais figurants sont impersonnels et l'individu joue un rôle d'imprésario. C'est là le sens véritable de l'abstraction. »

A cette psychologie de l'abstraction, Politzer oppose *la psychologie de l'événement qui saisit le sujet dans sa « vie dramatique »*. L'événement ou l'acte n'a pas de sens en soi, isolé de son contexte propre à un sujet donné, et il ne va prendre sens que situé dans l'histoire particulière à ce sujet, c'est-à-dire en n'étant qu'un segment, un acte du « drame » que constitue sa vie. Et il ironisera sur le psychologue dit scientifique, c'est-à-dire ayant pour objectif essentiel l'abstraction : "le psychologue se comporte aussi bêtement devant un homme que le dernier des ignorants et chose curieuse, sa science ne lui sert pas quand il se trouve avec l'objet de sa science, mais exclusivement quand il se trouve avec des « confrères »."

Faut-il alors, avec tout un courant actuel, considérer que la *psychologie devrait être une antiscience* où seul compterait le vécu et le partage d'expériences affectives qui ne sauraient souffrir d'explications sans se dénaturer? Nous ne le pensons pas. Si on a pu dire de la psychologie : *« ce n'est pas un savoir mais un regard »*, nous ne croyons pas qu'il existe un regard qui ne soit préalablement informé. Regard faussement naïf, car fait des présupposés implicites, aussi bien que méthode scientifique se rejoignent en ceci qu'ils créent leur objet et ne peuvent percevoir que ce qu'ils sont préparés à percevoir. Il se passe là pour le monde psychologique, affectif et relationnel, un phénomène semblable à ce qui se passe pour la perception du monde sensible qui est, entre autres, fonction des capacités de nos organes sensoriels : la perception du monde sera radicalement différente chez l'homme (primauté de la vision), le chien (primauté de l'odorat) ou la chauve-souris (ultra-sons). De même ce ne sera pas le même paysage que décriront un voyageur, un guerrier, un ethnologue ou un géologue. Lequel serait le plus « vrai »? L'observateur scientifique n'est donc *pas le témoin passif d'un spectacle mais le sujet actif d'une construction* qui, à partir d'événements ou d'anecdotes, va chercher à passer aux *faits*, c'est-à-dire à l'établissement d'une relation entre les événements, si possible répétable, et dont il cherchera vérification par une action sur le milieu d'observation. Mais le recueil des anecdotes et événements de base, comme leur élabo-

ration pour en tirer des faits reliables entre eux, passent par l'a-priori d'une conception méthodologique pour ne pas dire idéologique.

> Il n'est pas de méthode d'observation pure et simple dans le domaine psychologique. Toute méthode suppose une interprétation des faits.

Et il nous semble avec Politzer que ce qui est important : « ... ce n'est pas le moi abstrait de la psychologie, mais le sujet de la vie individuelle, c'est-à-dire le support d'un ensemble d'événements uniques, l'acteur, si l'on veut, de la vie dramatique et non le sujet de l'introspection; en un mot, le moi de la vie quotidienne. » L'interprétation des faits suppose un mouvement de va et vient continu entre ces faits et un corps de connaissance, permettant l'induction de nouvelles hypothèses et leur vérification grâce à la compréhensibilité des faits qu'elles procurent et surtout grâce aux changements qu'elles sont susceptibles d'induire. *Vécu et intelligibilité sont donc indissolublement associés.*

> Toute méthode, de par la sélection des faits qu'elle va opérer, a tendance à s'auto-vérifier. Toute méthode en psychologie a une propension à renforcer ce qu'elle est censée étudier et à influencer l'image que l'homme a de lui-même. A son tour cette image est susceptible de modifier le comportement de cet homme.

2. – LE CHOIX DE LA MÉTHODE

Il y a donc un problème de choix de méthodes, lourd de conséquences pour nous-mêmes et pour l'approche médicale que nous adopterons. Il y a également un problème de choix des informations à apporter par ce livre.

Nous choisirons ce qui nous paraît s'appliquer le mieux à ce que nous venons de dégager comme étant *les caractéristiques de la situation médicale qui se présente comme une situation concrète d'interrelation.*

Nous mettrons donc l'accent sur *les facteurs psychodynamiques susceptibles d'intervenir dans ce type d'interrelation* et sur ce qui peut nous permettre de mieux les comprendre et d'espérer ainsi mieux les maîtriser. Nous n'étudierons donc pas ici les bases somatiques et physiologiques nécessaires à tout échange et qui font l'objet de l'étude de la biochimie, de la neurologie et de la physiologie, pas plus que nous n'étudierons ce qu'il est convenu d'appeler les fonctions supérieures : mémoire, intelligence, fonctions gnosiques et praxiques..., bases instrumentales indispensables à la communication, mais dont l'étude nous éloignerait considérablement de la problématique relationnelle que nous avons dégagée. Leur connaissance nécessite des méthodes propres qui font l'objet à elles seules des manuels de neuro-psychologie.

Il ne s'agit pas de nier l'importance de ces effecteurs de la communication. Ils sont indispensables pour qu'elle puisse advenir.

Mais l'objet spécifique de la psychologie nous paraît résider dans la communication elle-même : la nature de son message, les comportements et les attitudes mentales qui la sous-tendent, la charge affective qu'elle véhicule.

Pour reprendre l'exemple précédent dire que pleurer nécessite la mise en action des glandes lacrymales est parfaitement juste mais ne nous aide pas à comprendre cette personne qui pleure devant nous. Lui donner un médicament destiné à assécher ses glandes lacrymales serait dérisoire. A un niveau de complexité supérieure on peut trouver que ces pleurs font partie d'une dépression mettant en action des effecteurs cérébraux et leurs transmetteurs chimiques, mais cela ne nous éclaire pas beaucoup sur les facteurs qui ont pu mettre en action ces centres cérébraux. Prescrire un anti-dépresseur agissant sur la biochimie des transmetteurs cérébraux peut être utile, mais ne serait pas suffisant. Une autre approche est nécessaire faisant intervenir les motivations de ce sujet, son histoire, peut-être sa relation à nous et ce qu'il en attend plus ou moins consciemment, c'est-à-dire une approche tenant compte de son monde interne psychique, du langage que représentent ses pleurs et de la communication qu'il cherche ainsi à établir.

La psychologie médicale est donc pour nous l'étude la plus scientifique possible des données psychologiques mises en jeu par la création d'une situation relationnelle liée à la demande de soins médicaux.

II. – LES MÉTHODES D'ÉTUDE DE LA PERSONNALITÉ

On peut ranger les principales méthodes d'étude de la personnalité suivant deux grandes rubriques : l'approche expérimentale et l'approche clinique.

1. – LES MÉTHODES EXPÉRIMENTALES

Ce sont évidemment celles qui rapprochent le plus la psychologie des autres domaines dits « scientifiques », dans la mesure où leur étude et

les lois qui en découlent, obéissent aux principes de Claude Bernard : formulation d'une hypothèse, puis vérification de cette hypothèse à l'aide d'un protocole expérimental permettant l'observation et la reproduction des faits. Elles se sont considérablement développées depuis la deuxième moitié du XIX[e] siècle, donnant naissance à une masse de faits expérimentaux, surtout dans le domaine de la perception et des sensations, dont la fameuse loi de Weber-Fechner (la sensation est proportionnelle au logarithme de l'intensité du stimulus) en est une illustration. Pour intéressants qu'ils soient, ces faits disparates ne peuvent aboutir à une appréhension de la personnalité et leurs applications restent limitées au domaine de la physiopathologie ou de l'approche très technique de certains troubles instrumentaux.

■ Plus proche des préoccupations médicales, nous trouvons le courant représenté par ***les approches comportementalistes*** (behavioristes).

Les travaux sur les réflexes conditionnés du russe Pavlov (1849-1936) et ceux de l'américain Watson (1878-1958) en constituent l'acte de naissance.

Cette optique est résolument « scientiste », c'est-à-dire qu'elle repose sur un a priori idéologique visant à réduire la vie psychique à ce qui est objectivable pour tout observateur extérieur et susceptible de répondre aux critères des sciences expérimentales pris comme seul modèle de référence.

C'est ainsi que dans son manifeste de 1913, Watson proclame l'échec et l'impossibilité d'une psychologie des faits de conscience qui enferme l'expérimentateur dans ses interprétations subjectives et ne lui permet pas en fait de sortir de la métaphysique. Seul le comportement observable peut constituer un objet d'étude scientifique. *La psychologie devient l'étude des réactions objectivement observables que l'organisme exécute en réponse aux stimuli, eux aussi objectivement observables, venant du milieu.* Elle repose donc sur l'étude des stimuli et des réponses entre lesquels s'interpose l'organisme, « boîte noire » dont l'étude regarde le biologiste, ou le chimiste, mais sûrement pas le psychologue qui jusqu'alors n'a pu qu'y placer des principes explicatifs de type mentaliste : conscience, pensée, sentiment, qu'il s'agit d'éliminer. Le seul matériel accessible au psychologue est constitué par les « réponses » de l'organisme en situation, et le but de la psychologie est de décrire les lois qui relient ces dernières aux stimuli, en construisant éventuellement des modèles, de préférence mathématiques. D'où le nom de *« S.R. psychologie »* qui lui est appliqué.

Mais, avec le temps, les méthodes d'étude du comportement et du conditionnement se sont complexifiées, perdant leur caractère simpliste et outrageusement réducteur de leurs débuts : elles sont devenues *des*

méthodes d'étude de l'apprentisssage (learning), sortant du laboratoire et de l'observation de l'animal, pour prendre l'homme en situation concrète comme objet d'étude : observations d'enfant, des conditions d'apprentissage, de comportements pathologiques, tentatives d'intégration des données apportées par les autres méthodes, y compris cliniques. L'accent s'est déplacé du stimulus à la réponse dont on étudie ce qui est susceptible de la renforcer : *conditionnement opérant de Skinner.* On a été amené ainsi à élaborer des *programmes de renforcement de comportement* ayant pour objectif des applications pratiques et thérapeutiques nombreuses. Renforcements aversifs s'opposant au maintien d'un comportement jugé indésirable, et surtout, car plus efficaces, renforcements positifs de tout ce qui favorise un comportement recherché.

Les applications sont nombreuses et connaissent actuellement une extension certaine : boissons, nourriture, tabac, drogue, sexualité (sexothérapie comportementaliste), en sont les terrains d'élection.

■ ***La méthode des tests.*** – On peut rattacher à la psychologie expérimentale *la méthode des tests* ou *psychométrie,* bien que ses sources soient diverses et qu'elle s'appuie sur la psychologie dite clinique que nous envisageons ci-dessous. Mais la psychométrie étant *« l'ensemble des procédés aboutissant à une description quantitative des faits psychologiques »* (P. Pichot), retrouvant là la notion de mesure chère à toute science positiviste, on comprend que cette méthode soit liée à la psychologie expérimentale. Il s'agit plus d'une méthode que d'une conception particulière de ce qu'est la psychologie. C'est donc essentiellement une psychologie appliquée que l'on retrouve dans tous les champs d'action de la psychologie : pédagogie, clinique psychopathologique, industrie.

Le terme de *test* a été proposé par l'Américain Cattell en 1890. P. Pichot le définit ainsi : « On appelle test mental une situation expérimentale standardisée, servant de stimulus à un comportement. Ce comportement est évalué par une comparaison statistique avec celui d'autres individus placés dans la même situation, permettant ainsi de classer le sujet examiné, soit quantitativement, soit typologiquement. » Il précise également que la « mesure » dans les tests n'est pas une mesure additionnable comme le sont les unités de poids ou de longueur, mais un repérage sur une échelle, comme pour la température. L'échelle est elle-même constituée par l'analyse des résultats d'un groupe d'individus de référence, qu'on appelle un étalon. Les progrès de la statistique ont facilité cet étalonnage et ont abouti, grâce à l'évolution des mathématiques et en particulier de l'analyse factorielle, à des découvertes théoriques dépassant les objectifs à visée essentiellement pratique du départ.

Il ne saurait être question ici de passer en revue la multitude de tests psychologiques utilisés. On peut cependant opposer deux grandes catégories de tests :

– **Les tests d'efficience** regroupent tous ceux dans lesquels le comportement du sujet ou sa réponse peuvent être divisés en bonne ou mauvaise réponse. En font partie les *tests d'intelligence* destinés à l'étude du niveau intellectuel global : *Q.I.* (quotient intellectuel) et les tests d'aptitude qui permettent d'apprécier telle ou telle aptitude particulière. Les tests d'intelligence sont communément employés chez l'enfant comme chez l'adulte, notamment par les médecins. Ils dérivent des travaux d'*Alfred Binet,* qui, au début du siècle, établit les premières épreuves permettant de déterminer, par comparaison avec la moyenne des enfants d'un âge donné et d'un milieu culturel donné, l'âge mental des enfants. La comparaison de l'âge mental avec l'âge réel permet d'apprécier un éventuel retard, ou une avance et d'orienter l'enfant en conséquence. C'est d'ailleurs la promulgation de la scolarité obligatoire qui conduisit à la nécessité de sélectionner les enfants aptes et inaptes à suivre la scolarité normale. S'inspirant de ces travaux, l'Américain *Wechsler* mit au point les tests pour adolescents et adultes chez lesquels il n'est plus question d'âge mental et où la différenciation des épreuves permet d'apprécier la qualité de l'efficience et ses éventuels déficits liés aux maladies ou à la sénescence génératrice de détérioration.

– **Les tests de personnalité** explorent essentiellement les aspects affectifs et les traits de caractère de l'individu. Contrairement aux précédents, il n'est plus question de bonne ou mauvaise réponse. Toute réponse est bonne dans la mesure où justement elle reflète la personnalité du sujet. Le problème sera de l'interpréter en fonction d'une théorie sous-jacente au test et d'une validation tirée de l'étalonnage. Les uns sont établis à partir de questionnaires auxquels le sujet testé répond lui-même, tel le M.M.P.I. On peut en rapprocher les échelles d'appréciation (rating scales) qui sont remplies par un observateur et qui consistent à enregistrer de façon objective et standardisée le comportement d'un sujet observé dans une situation concrète. Les autres sont construits de façon à solliciter les projections du sujet : taches d'encre du *test de Rorschach,* le plus connu, ou histoires à compléter à partir des images proposées par le T.A.T. (Thematic Aperception Test). Ce que le sujet va voir au niveau de ces taches d'encre, ou ce qu'il va raconter à partir des planches du T.A.T. est bien entendu fonction de ce qu'il est; c'est-à-dire de la façon dont sa personnalité est construite, notamment dont il se protège contre l'angoisse à l'aide de mécanismes de défense et dont il perçoit les autres en fonction de ce qu'ils représentent pour lui... Les tests allient donc la personnalisation, réponse propre à chaque individu, et la mesure, méthode objective, par comparaison

des réponses entre elles, qui permet des regroupements en certains types, aboutissant à l'individualisation de structures mentales, notamment par référence à la psychopathologie clinique.

Mais il nous faut donner quelques précisions sur la nature réelle de la méthode des tests et donc sur la façon d'interpréter les résultats. Ceci nous paraît d'autant plus important que les médecins, rassurés par l'aspect mesurable de la psychométrie, ont tendance à lui accorder une valeur absolue. Or, nous l'avons vu, *les tests sont par définition relatifs,* c'est-à-dire ne donnent une mesure que par comparaison, ce qui ne préjuge en aucun cas de la nature des aptitudes mesurées : « l'intelligence c'est ce que mesure mon test » disait par boutade Binet. Il serait dangereux de penser que l'existence de tests d'intelligence prouve qu'il existe une intelligence, faculté préexistante au test, dont il serait rendu compte au moyen de ce test. Certes ce dernier a bien une certaine valeur prédictive, qui permet de prévoir l'avenir et de faire un pronostic, mais seulement dans une certaine mesure et en tenant le plus grand compte du fait que le résultat ne prouve que la capacité d'un sujet donné de répondre à un moment donné, à un certain type de test, d'une façon qui n'est appréciée qu'en fonction de ce que donne comme réponse dans la même situation la moyenne d'une population donnée.

Devant les dangers d'une utilisation abusive de ces tests, à des fins idéologiques, passionnelles et donc non scientifiques, tous les chercheurs en ce domaine ont le souci d'insister sur leur relativité. *Les résultats sont étroitement dépendants des choix qui ont préalablement présidé à la sélection du matériel du test.*

Il faudra donc tenir le plus grand compte :

- du *contexte* dans lequel s'inscrit la demande de test,
- de *l'état affectif* du sujet qui influencera les résultats et dont l'évaluation est aléatoire, en sachant que ce facteur dépendra beaucoup du lien établi avec l'examinateur. Le comportement et l'attitude du sujet pendant la passation du test peuvent être aussi révélateurs, sinon plus, que les résultats eux-mêmes,
- du fait que le test peut *permettre d'aménager l'avenir,* mais *ne doit jamais le fermer* par un pronostic dont l'effet dévastateur peut être accru par le fait qu'il est reçu comme un verdict dont la véracité n'est pas mise en doute.

2. - LES MÉTHODES CLINIQUES

■ ***Présentation.*** - Elles sont sous-tendues par des conceptions théoriques qui postulent *une organisation globale de la personnalité qui ne peut être réduite à la mesure des éléments qui la composent.*

On range sous cette appellation un peu trop générale, des démarches variées mais qui ont en commun :

– **de s'appliquer à des situations concrètes,** concernant des individus dont on va chercher à comprendre la conduite, à en dévoiler le sens pour ce sujet donné, beaucoup plus qu'on ne cherchera à établir des lois générales et à trouver des corrélations constantes unissant un événement et la réponse qui lui est donnée;

– **d'envisager l'individu dans sa totalité** qui est faite aussi bien de son histoire, de son passé, que de la situation présente, unissant donc points de vue synchronique (l'ensemble des éléments de la situation actuelle et leurs liens entre eux) et diachronique (la succession des événements dans le temps).

D. Lagache (l'Unité de la Psychologie, PUF, 1949) caractérise ainsi la méthode clinique : « Envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible les manières d'être et de réagir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation, chercher à en établir le sens, la structure et la génèse, déceler les conflits qui le motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits, tel est en résumé le programme de la psychologie clinique. »

Il l'oppose à la méthode de l'expérimentaliste qui « crée une situation et en contrôle artificiellement tous les facteurs en ne variant qu'un facteur à la fois, de manière à étudier les variations relatives des réponses en faisant abstraction de l'ensemble, « toutes choses égales par ailleurs » est une restriction typique des formules expérimentales. Le clinicien ne pouvant ni créer, ni surtout contrôler la situation de manière à faire abstraction d'une partie de ces conditions, s'efforce d'y parer en replaçant les facteurs qui l'intéressent dans l'ensemble des conditions; d'où la recherche d'une exploration exhaustive ».

Clinique signifie étymologiquement « qui se fait au lit du malade ». Appellation qui traduit bien un lien essentiel avec l'étude de « cas » et la méthode psychopathologique. La conduite pathologique sert ainsi de révélateur, de « marqueur » qui, entrant en dissonance avec la conduite habituelle (D. Widlocher), permet de la faire émerger d'un ensemble complexe où elle se trouve perdue dans le cas d'une évolution normale. Elle joue ainsi un rôle tout à fait analogue à celui du marqueur isotopique et permet de suivre la genèse et l'évolution d'une conduite. Ce qui paraissait être simple et aller de soi dans l'évolution normale se révèle être ainsi le résultat de processus complexes et délicats que la psychopathologie permet d'objectiver en en montrant l'échec.

Par analogie avec la proposition de Leriche définissant la santé comme « le silence des organes » on peut dire que *le bruit lié à la pathologie d'une conduite permet de l'appréhender.* Par exemple, ce sont les

troubles mentaux et physiques apparus après la séparation d'un enfant avec sa mère durant les 18 premiers mois de sa vie, qui ont permis de mesurer l'importance du rôle organisateur d'un personnage stable et aimé pour le développement de l'enfant (cf. chap. 2).

A la psychologie du JE de l'introspection, du type autobiographique, à celle du IL de la psychologie expérimentale, la méthode clinique a substitué celle du TU selon l'expression de D. Lagache. C'est souligner qu'elle est centrée sur la relation, et l'entretien représente le prototype des moyens utilisés.

Si *l'entretien* est le prototype de ce mode d'approche, ses modalités vont considérablement varier selon les références théoriques et donc le but des méthodes employées. Les différences sont ainsi plus grandes que les points d'accord entre des méthodes comme l'entretien non directif type C. Rogers, l'approche phénoménologique ou la psychanalyse. Nous allons développer cette dernière car elle est la mieux définie quant à sa méthode et la plus élaborée quant à sa théorie. Elle est la seule à offrir une théorie complète de la personnalité et ses retombées pratiques sont importantes.

■ ***La psychanalyse.*** – Elle se rapproche de cette psychologie clinique par son origine à partir d'une pratique psychiatrique, de l'Hystérie notamment, et par le fait qu'elle reste une thérapeutique applicable à des cas particuliers. Mais elle dépasse la psychologie clinique dans son projet d'établir une théorie générale du fonctionnement psychique, et dans sa démarche hypothético-déductive, de type donc expérimental, liée à l'élaboration théorique des résultats tirés d'une pratique. Freud (1856-1939), son fondateur, la définit ainsi en 1922 : « La psychanalyse est le nom :

1 – d'un procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement,

2 – d'une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement des désordres névrotiques,

3 – d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui s'accroissent ensemble pour former progressivement une nouvelle discipline scientifique. »

On voit que si elle est partie d'une investigation des troubles mentaux et des questions posées par eux, elle dépasse rapidement le domaine pathologique pour élaborer un projet qui concerne le fonctionnement psychique en son entier.

Comme la psychologie clinique, la psychanalyse s'adresse à l'individu concret, hic et nunc, dans sa totalité. Mais l'objet d'étude n'est plus le seul sujet conscient de la psychologie classique et de l'introspection. C'est aussi l'*Inconscient* dont il va falloir comprendre le langage. In-

conscient qui n'est pas un lieu statique, correspondant à quelque structure cérébrale profonde, mais qui s'entend comme un jeu de forces pulsionnelles, amour et haine en particulier, orientées, vectorisées par les expériences infantiles et les traces mnésiques qu'elles ont laissées, et tout particulièrement celles d'échanges affectifs avec les personnages importants pour l'enfant. Échanges qui vont se faire, surtout aux premiers âges de la vie avant la parole, par le corps et notamment certaines zones de communication privilégiée dont l'investissement sexualisé à la fois par l'enfant et par son entourage va être déterminant pour sa formation (cf. chap. 2).

Cette notion d'un **Inconscient sexualisé** est sans aucun doute l'apport le plus original et le plus dynamique de la psychanalyse. En effet, pour la psychanalyse, ce qui va électivement entraîner la conflictualisation et donc le refoulement et le passage dans l'Inconscient des expériences et des pensées de l'enfant, c'est leur caractère sexualisé, c'est-à-dire *source d'une excitation perturbatrice de l'équilibre du moment.* Il faut entendre ici sexualité dans son sens large, d'expérience de plaisir à participation à la fois corporelle et mentale et non pas dans son sens restreint de plaisir sexuel génital. La sexualité ainsi entendue est cette **« prime de plaisir »** qui vient s'ajouter à la satisfaction du besoin physiologique, sur lequel elle s'étaye souvent. *Toute expérience d'excitation corporelle peut devenir ainsi le lieu d'un plaisir.* La tétée est l'exemple le plus souvent pris et c'est ce surcroît de plaisir obtenu pendant la satisfaction du besoin alimentaire que l'enfant cherche à retrouver dans le suçotement et la multitude des plaisirs substitutifs de ce genre qui sont par la suite recherchés pour eux-mêmes, indépendamment de la faim. *Mais les expériences douloureuses et d'insatisfaction ou d'absence de l'objet aimé, peuvent à leur tour être l'occasion d'une excitation pulsionnelle et d'une sexualisation,* en ce sens que le déplaisir, s'il est la source prédominante d'excitation, est recherché comme un plaisir, conduisant aux différentes formes de masochisme. Ainsi peut-on dire avec J. Laplanche : **« Tout n'est pas sexuel, mais il y a de la sexualité en tout. »**

Les expériences « sexuelles » surviennent le plus souvent à l'occasion d'échanges avec l'entourage et notamment les personnes constituant l'environnement habituel de l'enfant. Elles ont donc **une valeur relationnelle** que le sujet emporte avec lui dans son monde interne, quand il se replie sur lui-même et qu'il se trouve seul. Si nous reprenons l'exemple de la tétée, on peut constater que le nourrisson garde le souvenir des expériences de satisfactions antérieures. Il est ainsi susceptible, dans l'attente de la tétée, de suçoter ses lèvres, sa langue ou un doigt, d'arrêter ses pleurs et d'avoir un sourire de satisfaction comme s'il était apaisé. Le réinvestissement des zones satisfaites précédemment suffit pour un temps à l'apaiser comme si l'objet absent, l'aliment, était présent. Il s'agit là d'**une expérience de satisfaction hallucinatoire du désir**

que l'on retrouve aussi à l'œuvre dans le rêve et qui représente, dans la théorie psychanalytique *le moment fondateur du fantasme et du monde psychique interne.* C'est-à-dire que les relations nouées avec l'extérieur deviennent reproductibles à l'intérieur, grâce au réinvestissement des traces mnésiques ou souvenirs laissés par les expériences antérieures.

Ce sont les expériences infantiles et leurs avatars que le sujet va chercher à retrouver durant sa vie, et qui vont le conduire à répéter les mêmes comportements. Ceci peut être mis en évidence à l'intérieur de ce cadre d'étude privilégié de l'inconscient qu'est la *relation transférentielle,* c'est-à-dire la relation établie avec le psychanalyste au cours de laquelle l'analysant (le sujet en analyse) « transfère » sur son analyste, dont le personnage réel est comme laissé en blanc, les figures des êtres signifiants qui l'ont marqué, au premier chef, bien sûr, les figures parentales.

Comme la psychologie expérimentale, la psychanalyse a tiré de ses premières expériences un modèle de *« l'appareil psychique »* qui lui permet désormais de préjuger de l'existence de l'Inconscient, d'en rechercher et d'en étudier les manifestations, notamment au travers d'un cadre quasi expérimental, dont les règles sont strictement fixées. Ce cadre est celui de la cure psychanalytique dont le moteur essentiel est le transfert.

A l'intérieur de ce cadre, il est certain que l'on peut, dans une grande mesure **prévoir le type de relation** que nouera un sujet donné en fonction de sa personnalité. Il y a donc une prédictibilité possible, et ce, quel que soit le lieu et le psychanalyste, mais qui n'est évidemment pas répétable encore que, pour des raisons diverses, une psychanalyse puisse être interrompue et reprise, suivant un déroulement semblable, avec un autre psychanalyste.

Mais *la psychanalyse se différencie radicalement de toute autre méthode* par l'utilisation qu'elle fait de ce transfert dont l'interprétation ne se conçoit que conjointement à celle du contre-transfert du psychanalyste, parallèlement impliqué dans cette relation à deux, et qui aura dû, préalablement, grâce à une psychanalyse personnelle, subir lui-même la méthode qu'il proposera aux autres.

Cette exigence, très différente des autres approches médicales, développe les capacités d'empathie et, permettant d'occuper tour à tour les positions de « malade » et de thérapeute, facilite la compréhension des deux rôles et de leurs relations entre eux. Elle repose sur une conception qui refuse une coupure complète entre normal et pathologique et maintient un lien de compréhensibilité entre les deux. En cela elle s'oppose radicalement à une conception objectivante et réifiante de la maladie comme un corps étranger.

3. - LES MÉTHODES CENTRÉES SUR LES ENSEMBLES

Nous regroupons, sous ce titre général, des méthodes souvent très différentes dans leur esprit comme dans leur champ d'étude et d'application, mais *qui ont en commun d'être centrées non sur l'individu, à l'encontre des méthodes précédentes, mais sur l'ensemble ou le système qu'il forme avec son environnement.* La cybernétique en est le modèle de base, la communication animale un des champs d'étude préféré.

■ ***L'éthologie*** est l'étude des comportements spontanés des animaux. Elle consistera donc à observer ceux-ci de préférence dans leur milieu naturel, à noter et décrire avec précision leur comportement, puis à expérimenter, en faisant varier le milieu physique ambiant, le milieu social ou le milieu interne; à étudier enfin l'ontogénèse du comportement en faisant varier les différentes conditions externes et internes.

Deux noms dominent cette science récente, l'autrichien Konrad Lorenz et le hollandais Niko Tinbergen, auxquels s'ajoutent, plus récemment, les Américains Harlow. Cette méthode d'étude du comportement dans les conditions naturelles a transformé la conception que l'on pouvait avoir de l'instinct et a permis de découvrir certains types d'apprentissages totalement inconnus dans les conditions artificielles des apprentissages répondant et opérant tels qu'ils sont étudiés par les méthodes de laboratoires utilisées par les psychologues de type behavioriste et pavlovien.

Les éthologues ont pu montrer *que la communication animale constituait un véritable langage* comportant des unités élémentaires que l'on peut répertorier et une syntaxe faite de l'articulation de ces unités élémentaires. L'établissement du répertoire consiste à dresser l'inventaire des schèmes d'activités spécifiques (S.A.S.) de l'animal, unités discrètes, isolées dans le continuum temporel du comportement et définies par des traits pertinents tels que : léchage, mouvement de toilette, becquetage, mouvement de cour, ramassage des petits, émissions sonores, etc. Ce répertoire établi, la syntaxe sera précisée en termes de probabilité. Les différents schèmes d'activités spécifiques n'apparaissent pas en effet au hasard, mais s'organisent temporellement les uns par rapport aux autres en des séquences plus ou moins probables. On dressera ainsi des tableaux à double entrée permettant d'établir la probabilité d'occurence de tel S.A.S. quand tel autre est survenu. On s'occupera ensuite de la « sémantique » c'est-à-dire de l'animal émetteur, de la motivation du S.A.S. : dans quel environnement survient-il? à quel état physiologique correspond-il? quelle est son éventuelle fonction sociale?

La nécessité de ces intercommunications est particulièrement nette dans les comportements sexuels ou parentaux, et dans les comportements sociaux proprement dits. Dans le comportement sexuel, l'échange de signaux spécifiques joue un rôle fondamental :

il faut que mâle et femelle se choisissent sans erreur et sans apprentissage et qu'ils synchronisent progressivement leur motricité et leur excitation pour donner au moment critique le maximum de chances statistiques aux gamètes mâles et femelles de se rencontrer. Cela nécessite, dans de nombreuses espèces, des séquences de comportement très complexes et spécifiques connues comme « cérémoniaux de cour » ou « parades sexuelles ». Reconnaissance du conjoint, synchronisation comportementale, ne peuvent se faire que grâce à des échanges de signaux variés, visuels, auditifs, chimiques, tactiles, mais que les études éthologiques ont montré rigoureusement liés à l'espèce, c'est-à-dire au code génétique.

Il en est de même dans les comportements parentaux; la dialectique des échanges de signaux entre les parents et leur progéniture sera souvent cruciale puisque indispensable à la survie des petits dans beaucoup d'espèces. Ainsi, comme l'a montré encore Tinbergen, quand les poussins de la mouette argentée viennent d'éclore, la mère ramène de la nourriture, les petits dressent leur tête vers leur mère et frappent dans son bec (dont la mandibule inférieure est ornée d'une tache rouge); elle dégorge alors la nourriture, la présente aux petits qui la saisissent et l'avalent après quelques tentatives maladroites. Or, Tinbergen a mis en évidence que ces comportements, d'apparence simple, sont en fait le résultat d'échanges de signaux très précis. En expérimentant avec des *leurres*, on peut montrer :

- qu'une figurine en carton, peinte de couleurs naturelles, c'est-à-dire à bec jaune avec une tache rouge, déclenche le becquement des petits.
- qu'une figurine dépourvue de tache rouge n'en provoque presque plus,
- que l'on peut faire varier la forme du leurre et qu'une baguette rouge avec trois anneaux blancs est plus efficace qu'une tête authentique.

Ainsi, la mère, grâce à un détail morphologique, la tache rouge de son bec, émet un signal visuel qui provoque un comportement spécifique des petits qui le reçoivent. A son tour, ce comportement, par le stimulus tactile qu'il fournit à la mère, sert de signal. Ce signal reçu par la mère, déclenchera chez elle la présentation de nourriture aux petits, qui déclenchera à son tour le comportement alimentaire des poussins.

On a donc là un échange de stimulations inter-individuelles qui s'articulent dans un enchaînement de réactions de la plus haute importance pour la survie de l'animal.

Les deux séries d'activités spécifiques chez les partenaires s'articulent, chaque réaction de l'un déclenchant chez l'autre une réaction qui, à son tour, servira d'inducteur pour le premier. Chaque séquence peut être considérée comme « unité discrète » appelée *« déclencheur »* par les éthologistes, dont l'analyse expérimentale permet de préciser les traits pertinents. Qu'un élément de la chaîne vienne à manquer ou à être altéré, et le « dialogue » s'interrompt.

L'étude de la communication animale montre ainsi l'existence de deux faits d'importance :

1° – L'équipement anatomo-physiologique va déterminer la nature des informations perceptibles et leur imprimer des contraintes impératives. Or cet équipement est différent pour chaque espèce et implique que le « monde reçu » varie d'une façon considérable. Ainsi notre monde objectif manque totalement d'objectivité en se découpant selon des catégories sensorielles très arbitraires.

2° – Il en est de même du « monde perçu » ou « monde objectal ». Il faut non seulement posséder des récepteurs adéquats, mais aussi les structures internes d'intégration capables de décoder le message complexe et de lui donner une signification, et de plus, il faut que l'organisme soit *motivé* pour intégrer le message. C'est ainsi qu'en dehors de la saison de reproduction, les déclencheurs sexuels n'ont aucune action.

■ ***Le modèle cybernétique du comportement.*** – C'est le dernier modèle de comportement que l'on a voulu appliquer aux sciences biologiques.

Il s'appuie en particulier sur la découverte des systèmes de comportement à but corrigé, c'est-à-dire dont le déroulement tient compte de la modification de l'environnement provoquée par l'effet du système lui-même et utilise des mécanismes de rétroaction (feedback). Le modèle des missiles anti-avion peut par exemple permettre de comprendre le fonctionnement d'un tel système. Le missile comporte un programme pré-établi, qui a surtout pour but de lui permettre de capter et d'assimiler les informations fournies par l'avion et ainsi de guider son programme sur les données fournies par l'objet qu'il est chargé de rencontrer. Il en est de même en physiologie des systèmes qui permettent le maintien de l'homéostasie interne de l'organisme.

Mais le fait que ces systèmes aient un but défini, aussi complexe soit-il, auquel ils sont chargés d'aboutir, en tenant compte des informations fournies par l'environnement, ne doit pas pour autant les faire considérer comme des systèmes téléologiques, c'est-à-dire des systèmes ayant une finalité transcendantale, faisant référence au projet d'une puissance supérieure. Ainsi le fait que les oiseaux construisent un nid, ne doit pas faire conclure qu'ils le construisent pour avoir un endroit où élever leurs petits. Ceci n'explique en rien le comportement de l'oiseau. Il faut y voir la mise en œuvre d'un comportement à but corrigé et prévisible dans les conditions de vie habituelles des oiseaux, qui n'a été sélectionné par l'évolution habituelle que parce qu'il assurait une meilleure survie de l'espèce selon la loi de l'évolutionnisme de Darwin. On a proposé pour désigner ce type de comportement le terme de téléonomique.

Le comportement instinctif, par exemple, va se réaliser au travers de systèmes du comportement de complexités très différentes qui vont lui servir de médiateurs.

On a pu ainsi distinguer :

– Le niveau du réflexe dont le seuil d'activation est constant et qui, une fois déclenché, se déroule d'une façon stéréotypée et indépendante de la modification de l'environnement, c'est-à-dire sans aide de mécanisme de rétroaction.

– Les modèles d'action déterminés (fixed action patterns) qui se dif-

férencient du réflexe en particulier par le fait que leur seuil d'activation varie selon l'état de l'organisme.

– Le comportement à but corrigé *(goal corrected)*. Deux éléments indispensables caractérisent un tel système : il possède le moyen de recevoir et d'emmagasiner les instructions concernant le but recherché et il possède les moyens de comparer les effets de sa performance avec les instructions et de changer ces performances de façon à les accorder au but.

Un animal adulte peut ainsi être présenté comme possédant un équipement comportemental élaboré qui comprend un très grand nombre de systèmes de comportement, organisés en chaîne ou en hiérarchie ou en un mélange des deux, et qui, quand il est activé, conduit à des séquences de comportement de complexité plus ou moins grande, chacune d'elles aboutissant communément à la survie de l'individu et de l'espèce. Les formes précises que prennent les systèmes dans chaque individu sont toujours un produit de l'action des gènes et de l'environnement et sont plus ou moins stables en fonction de cet environnement. Les causes de déclenchement d'un comportement sont généralement des séries complexes d'interaction entre un niveau physiologique, par exemple hormonal, une stimulation de l'environnement et une organisation interne du système nerveux central.

Un exemple peut en être fourni dans le comportement maternel de la rate. C'est ainsi qu'un changement survenant à l'intérieur de l'animal, à savoir une modification hormonale, le conduit à changer son comportement, c'est-à-dire à s'occuper des nouveaux-nés; soin qui dépend également d'une stimulation de l'environnement, c'est-à-dire de la présence même de ces nouveau-nés; présence qui elle-même a un effet sur le niveau hormonal en favorisant la sécrétion hormonale qui, à son tour, influence le comportement et peut-être la réceptivité sensitive de la mère, la rendant ainsi encore plus sensible à cette présence des nouveau-nés et en particulier au contact tactile avec eux.

■ ***La théorie de la communication*** s'appuie sur le modèle de la communication dérivé de l'informatique. Toute information nécessite un émetteur, un récepteur et un canal ou une chaîne au travers de laquelle elle circule. Entre les deux bouts de la chaîne, s'effectue un travail constant de codage et de décodage par l'intermédiaire d'un langage plus ou moins complexe et ayant une plus ou moins grande valeur symbolique. On passera ainsi de l'indice au signe et au symbole.

La communication humaine se caractérisera par la prévalence de la communication verbale symbolique, mais signes et indices n'en continueront pas moins de fonctionner notamment au début de la vie et dans l'expression des émotions, le langage du corps en est une modalité.

Des chercheurs, essentiellement américains, se sont appuyés sur les données de cette théorie pour tenter de repérer au niveau des caractéristiques du seul langage, des facteurs susceptibles d'entraîner des perturbations des conduites et du développement de la personnalité des récepteurs. G. Bateson, anthropologue et des psychiatres groupés autour de P. Watzlawick et ce qu'on a appelé l'École de Palo-Alto (Californie) ont mis en évidence la fréquence de la perturbation de la logique de

la communication dans des familles à haut potentiel pathogène (fréquence d'un membre atteint d'un trouble mental grave comme la schizophrénie). Relevons deux modalités de ce trouble de la communication : l'usage abusif du paradoxe (double lien de Bateson) et la disqualification.

Le paradoxe consiste à envoyer simultanément deux messages contradictoires. Quelle que soit sa réponse, le récepteur est sûr de tomber à côté et, généralement, il n'y a pas de réponse, si ce n'est la confusion, le message paradoxal ayant un effet paralysant. Deux exemples : « je t'ordonne d'être spontané », ou cette histoire, sur mesure, d'une mère qui achète deux cravates à son fils : s'il met l'une, elle lui reproche de ne pas aimer l'autre, et s'il met les deux, elle lui demande s'il est devenu fou. Mais il faut bien comprendre qu'un tel procédé n'a d'effet pathogène que parce qu'il existe un lien affectif et de dépendance chez le récepteur envers l'émetteur. Il en est de même pour **la disqualification** qui consiste en la négation de la valeur informative du message d'un des protagonistes par l'autre. Telle cette mère qui, systématiquement, trempe sa fille dans un bain trop chaud et la qualifie de douillette quand elle proteste et pleure, disqualifiant de ce fait son vécu sensoriel.

■ ***L'approche familiale.*** – Elle n'a pas de méthode spécifique, mais regroupe essentiellement des cliniciens qui, selon leurs préférences théoriques, s'appuieront plus ou moins électivement sur les différentes méthodes envisagées, y compris les méthodes cliniques et la psychanalyse.

Pour eux, la famille peut être en effet considérée comme un système clos, soumis tout comme l'appareil psychique de chaque individu, à une double pression venue de l'intérieur de chacun de ses membres, et de l'extérieur. La famille va devoir faire face à cette pression de façon à l'aménager et la rendre la plus faible possible par tout un système de mécanismes de défense. Dans ce processus d'aménagement, chaque membre va progressivement, en fonction de ce qu'il est et de la pression des autres, occuper un *rôle* qu'il aura tendance à garder. L'équilibre familial pourra dépendre de ce rôle dont toute remise en question pourrait provoquer l'éclatement de la famille. Ce rôle pourra être celui de malade et, dans ce cas, la guérison ou la simple décision de quitter la famille pour tâcher d'acquérir une autonomie pourront être cause de bouleversements culpabilisants, dont la seule crainte peut freiner toute évolution chez l'intéressé. C'est le *malade-symptôme* ou l'*enfant-symptôme,* porte-parole des conflits familiaux.

Les psychologues et psychiatres s'intéressant au développement de l'enfant, ont largement fait appel à ces notions. Il est vrai que l'enfant en est une bonne occasion car, seul il n'a pas d'existence et ne peut sur-

vivre qu'avec son environnement porteur, la mère en particulier, avec lequel il forme une unité originaire dont il ne se dégagera que progressivement. C'est ce que les psychanalystes généticiens, comme Spitz, ont appelé la dyade mère-enfant.

En France, S. Lebovici et M. Soule se sont particulièrement attachés à décrire les modalités de cette « relation transactionnelle » entre mère et enfant. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

4. – LA PERSPECTIVE GÉNÉTIQUE EN PSYCHOLOGIE

On entend par perspective génétique en psychologie les études qui centrent leurs approches sur le développement de l'individu et la formation de ses fonctions psychologiques, de ses moyens de communication et de son système relationnel, ainsi que sur leur évolution dans le temps.

Il s'agit toujours de perspectives dynamiques, prenant en compte les modifications qu'apportent aux mécanismes et structures innés les interactions de l'individu avec son environnement. Comme le précise J. de Ajuriaguerra « leur conception est celle d'une véritable génèse du psychisme par opposition à la conception du développement comme une réalisation progressive de fonctions prédéterminées ».

Elles auront en commun de chercher à diviser cette évolution de l'individu en phases caractéristiques d'une modalité de développement donnée et qui tireront leur spécificité de leur succession suivant un ordre chronologique constant. Elles correspondent le plus souvent à une tranche d'âge relativement précise mais sûrement moins que ne l'est leur ordre de succession.

Le contenu de ces phases, comme l'âge auquel elles renvoient, varient beaucoup suivant la perspective choisie par l'auteur, et la ou les fonctions qu'il s'est donné comme objet d'étude. Néanmoins l'ensemble des auteurs s'accordent pour reconnaître l'importance de l'acquisition de la parole pour l'enfant, l'évolution en plusieurs étapes de l'intelligence qui de concrète, sensori-motrice, accède au niveau de la représentation et à l'abstraction. De même beaucoup d'auteurs reconnaissent sur le plan affectif, l'importance du deuxième semestre de la vie avec la perception des figures étrangères à la mère; celle de la 5^{e} année avec recrudescence de l'anxiété et des conflits; enfin la crise des 13-15 ans. Mais les différences d'approche sont finalement plus intéressantes et riches de perspectives que les tentatives de synthèse.

Trois grands noms dominent la psychologie génétique : Freud, Piaget et Wallon. Nous avons vu avec la brève présentation de la psychanalyse quel a été l'apport de Freud. Nous y reviendrons souvent dans le cours de cet ouvrage, car les données fournies par la psychanalyse ont des conséquences importantes pour la compréhension des relations interhumaines et notamment en nous montrant que *l'objet de la relation n'est*

pas l'objet objectivable de l'expérimentation mais est avant tout un objet libidinal construit par notre monde interne fantasmatique et variant avec nos investissements et en fonction de notre histoire et de nos états affectifs.

Piaget s'est exclusivement attaché à l'étude du développement cognitif, c'est-à-dire à la génèse de l'intelligence et de la logique. Il y voit à l'œuvre deux processus opposés et complémentaires : l'assimilation liée à l'intégration de ce qui est extérieur aux structures propres du sujet et l'accommodation liée à la transformation des structures du sujet sous l'effet de ce qui a été assimilé : la combinaison de ces deux processus réalise le processus d'adaptation et permet « l'équilibration » qui régule les échanges entre le sujet et son milieu.

Wallon a délibérément la volonté de ne pas séparer l'aspect cognitif de l'aspect affectif. Ses travaux font une large place aux émotions comme formation intermédiaire entre le corps, sa physiologie, les réflexes et les conduites psychiques d'adaptation. L'émotion est pour lui étroitement liée au mouvement et les postures sont les premières figures de l'expression et de la communication qui serviront de base à la pensée conçue avant tout comme une des formes de l'action.

Les méthodes de la psychologie génétique sont aussi variées que les auteurs. On y trouve l'observation directe de l'enfant dans des conditions expérimentales ou à l'opposé naturalistiques, c'est-à-dire par observation prolongée et à distance de l'enfant en vivant avec lui dans son milieu habituel. On peut recourir aux biographies d'enfant, aux études longitudinales et statistiques. Mais la méthode clinique et la psychopathologie restent souvent un terrain d'observations privilégié. C'est le cas notamment pour la psychanalyse où il est également fait appel lors des cures d'adulte à la reconstruction de l'histoire infantile telle qu'elle a pu être vécue de l'intérieur par l'enfant et surtout telle qu'elle a servi à organiser son monde interne d'adulte.

III. – PRÉCISIONS SUR L'USAGE DE QUELQUES NOTIONS

1. – LES NOTIONS DE PULSION – D'OBJET – D'INVESTISSEMENT : PRÉSENTATION ET CRITIQUE

■ ***Qu'est-ce qu'une pulsion?*** Il s'agit d'une force, d'une poussée qui fait tendre l'organisme vers un but. Elle constitue une source d'excita-

tion qui stimule l'organisme de l'intérieur et le pousse à accomplir certaines actions susceptibles de provoquer une décharge de cette excitation. La nature de cette force est relativement imprécise dans la mesure où, si son énergie est biologique et ne peut être différente de l'ensemble de l'énergie physico-chimique à l'œuvre en nous, elle ne peut être connue et perçue que par ses représentants psychiques.

Il s'agit *« d'un concept limite entre le psychique et le somatique »* (Freud : *Trois essais sur la théorie de la sexualité*).

Elle peut se définir comme :

– **Une poussée** conçue comme un facteur quantitatif "économique", la pulsion étant « le représentant psychique des excitations issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme, comme une mesure de l'exigence de travail qui est imposée au psychique par suite de sa liaison au corporel » (Freud *Pulsions et destins des pulsions*);

– ayant **une source :** les excitations corporelles;

– **un but :** la décharge d'excitation;

– **un objet** qui est très changeant, en fonction de l'histoire du sujet et de l'organisation fantasmatique de son désir.

Si les deux premiers caractères sont fixes : la pulsion comme poussée à la recherche d'un objet susceptible de lui apporter satisfaction et de l'apaiser, ayant sa source au niveau du corps, l'objet est des plus variables tandis que le but pourra changer dans ses modalités sinon dans sa finalité.

On entend par **objet** dans la théorie psychanalytique ce qui est visé par la pulsion et qui lui permet d'atteindre son but : la satisfaction et l'apaisement de la tension interne. Ce peut être, en apparence, un objet matériel, une personne, le sujet lui-même... *mais ce seront toujours en fait les représentations mentales de l'objet qui seront visées par la pulsion* (cf. la représentation, chapitre 3).

En effet, les premiers objets investis par l'enfant seront ceux qui lui apportent une satisfaction de ses besoins : généralement sa mère et son entourage immédiat. Ils ont donné naissance à des représentations mentales intériorisées par l'enfant sous forme de fantasmes et ce seront eux qui seront par la suite investis de façon prioritaire.

> L'enfant puis l'adulte ne s'intéresseront aux objets de la réalité externe (personnes ou choses) que s'ils correspondent aux représentations mentales mémorisées des premiers objets, investis comme ayant été à l'origine des premières expériences de satisfaction et devenus des représentations de désir. Ce sont ces dernières que le sujet cherchera répétitivement à retrouver et qui constitueront ses motivations.

L'objet de la pulsion pourra être le sujet lui-même et l'on parlera alors de *narcissisme* qui désigne l'intérêt et l'amour porté à soi-même, par référence au mythe de Narcisse.

On sera ainsi amené à distinguer les investissements narcissiques, portant sur le sujet lui-même, et les investissements objectaux portant sur des personnes autres que le sujet lui-même.

La notion *d'investissement* désigne le fait qu'une certaine énergie psychique, un intérêt se trouvent attachés à un objet, dans son sens psychanalytique, c'est-à-dire à ses représentations mentales avec aspiration à retrouver les expériences de satisfaction qui lui sont attachées.

■ ***Quelles sont ces pulsions?*** La conception de Freud est avant tout dynamique c'est-à-dire conflictuelle, reposant dès le départ sur *l'antagonisme de deux groupes de pulsions dont l'un est toujours resté la sexualité, l'autre que l'on pourrait appeler le facteur anti-sexuel ayant varié.*

La pulsion sexuelle constitue incontestablement le pivot des découvertes de la psychanalyse. Il faut en préciser d'emblée les caractéristiques majeures qui la différencient nettement de la notion commune de sexualité. Une énergie spécifique la sous-tend dans toutes ses manifestations et transformations : *la libido* (du latin : désir, envie). « Libido est une expression empruntée à la théorie de l'affectivité. Nous appelons ainsi l'énergie, considérée comme grandeur quantitative, quoi qu'elle ne soit pas actuellement mesurable, de ces pulsions qui ont à faire avec tout ce que l'on peut comprendre sous le nom « d'amour » (Freud Psychologie collective et analyse du Moi. *Essais de psychanalyse,* Payot). Comme toute pulsion, la pulsion sexuelle se situe à la limite somato-psychique et la libido en désigne l'aspect psychique. Elle est « la manifestation dynamique dans la vie psychique de la pulsion sexuelle ». Elle accompagne les activités les plus diverses et, à la limite, toute activité est investie de libido. Celle-ci s'étaye initialement sur les grandes fonctions physiologiques. Ce sera, par exemple, le cas de la faim dont la satisfaction par la tétée servira de point d'ancrage à la libido, le plaisir de téter pouvant se manifester par la suite indépendamment de la faim et de la nutrition. Certaines zones corporelles, les zones orificielles seront plus particulièrement le lieu de fixation de la libido du fait de leurs fonctions privilégiées au niveau de la satisfaction des besoins et de leur rôle de communication avec l'extérieur, formant la limite entre le dedans et le dehors. Elles constituent les *zones érogènes* : bouche, anus, appareils urinaire et génital externes, mamelon. Mais toute région du revêtement cutanéo-muqueux peut fonctionner comme zone érogène et tout organe peut être l'objet d'un investissement libidinal particulier en fonction des investissements du sujet ou de l'investissement qu'en fait l'entourage. Si ce « plaisir d'organe » devient excessif et est recherché

pour lui-même on peut aboutir à des manifestations pathologiques. *« A proprement parler, le corps tout entier est une zone érogène »* (Freud, Abrégé de psychanalyse, 1938, P.U.F.) même si certaines zones semblent « prédestinées » à cette fonction. Ce sont ces zones qui constituent les étapes essentielles du développement psycho-affectif de l'enfant, que nous envisageons au chapitre suivant avec l'étude du développement de l'enfant.

Cette diversité des sources somatiques de l'excitation sexuelle implique que la pulsion sexuelle n'est pas d'emblée unifiée, mais qu'elle est d'abord morcelée en **pulsions partielles** dont la satisfaction est locale. Celles-ci sont sous-tendues par la même énergie libidinale, mais elles fonctionnent d'abord indépendamment et ne tendent à s'unifier en une même organisation libidinale sous le primat de la génitalité (la sexualité au sens commun) que très progressivement. Les traces de ces pulsions partielles se retrouvent dans les préliminaires du coït et dans les perversions. Ce sont elles également que l'on situe à la source des *sublimations* : artistiques, sociales, religieuses...

A côté de cette pulsion sexuelle et entrant en conflit avec elle, on va trouver, suivant les étapes du développement de la psychanalyse :

Les pulsions d'auto-conservations et du Moi telle la faim s'opposant à l'amour, mais que Freud devait secondairement reconnaître comme une variété des pulsions sexuelles. Elles représentent l'ensemble des besoins liés aux fonctions corporelles et nécessaires à la conservation de la vie de l'individu. A ce titre elles s'opposent aux pulsions sexuelles dirigées vers autrui. Si le plaisir sexuel s'étaye sur la satisfaction du besoin, il leur arrive d'entrer en compétition, et d'être source de conflits qui peuvent aller jusqu'à provoquer la mort de l'individu. C'est ainsi que le plaisir du suçotage s'étaye sur la satisfaction du besoin de nutrition, mais si celui-ci se sexualise par trop, sa fonction de besoin, nécessaire à la survie de l'individu, va s'estomper derrière l'investissement sexuel, comme le prouvent les perturbations du comportement alimentaire d'origine psychologique : boulimie, anorexie. *Il y a perversion de la fonction biologique qui abandonne son rôle au service de l'organisme, pour se livrer entièrement et parfois frénétiquement aux satisfactions auto-érotiques.*

Vers le milieu de la décennie 1910-20 avec son article « Pour introduire le narcissisme » (1914) Freud semble abandonner ce dualisme pulsionnel fondamental en ramenant l'auto-conservation à une forme de l'amour de soi, c'est-à-dire à la libido du Moi quand celui-ci devient objet pour la pulsion sexuelle. C'est une forme de narcissisme, c'est-à-dire de l'amour porté à l'image de soi-même. Le seul antagonisme se situe alors entre libido d'objet et libido du Moi.

Très rapidement Freud retrouve une position dualiste avec l'appari-

tion de la notion de **pulsion de mort** s'opposant à la pulsion de vie représentée par la libido. Elle tendrait à la réduction complète des tensions c'est-à-dire à ramener l'être vivant à l'état anorganique. Tournée d'abord vers l'intérieur et conduisant à l'auto-destruction, elle serait secondairement dirigée vers l'extérieur, se manifestant alors sous la forme de la **pulsion d'agression ou de destruction.** Cette notion est introduite dans « Au-delà du principe de plaisir » (*Essais de psychanalyse*, 1920). Un des arguments apporté à l'appui de cette thèse est la tendance du psychisme humain à répéter les situations antérieures pénibles et traumatisantes, tendance longuement constatée et vérifiée au cours des cures, où elle s'oppose à leur bonne marche. On la retrouve également dans les névroses traumatiques, dans le jeu de l'enfant, ou dans certaines formes pathologiques comme la mélancolie. *Au pouvoir unifiant et créateur d'unités de plus en plus grandes de la libido elle oppose son pouvoir de destruction et de morcellement.* A la fonction anabolique de la libido elle opposerait en quelque sorte son action catabolique. On peut la pressentir cliniquement comme dans les exemples cités, mais elle n'apparaît pas sous sa forme pure car ce serait la mort. En particulier elle est toujours liée à son opposé, la libido, dans les manifestations d'agressivité. Cette possibilité de *liaison, apanage de la libido, est un des facteurs essentiels du fonctionnement psychique dont la défaillance conduit à la libération des forces destructrices,* et avant tout auto-destructrices, qui aboutissent à la pathologie. Nous y reviendrons. Certains psychanalystes restent opposés à cette notion de pulsion de mort, du fait en particulier de son caractère partiellement spéculatif puisqu'on ne peut la constater cliniquement qu'indirectement, la libido lui étant toujours peu ou prou associée. Ils font alors découler l'agressivité d'une réaction secondaire à la frustration et donc acquise.

■ *Critique de la notion de pulsion.*

Deux ordres de critiques lui ont été principalement adressés :

– *La notion de pulsion fait appel à une conception energétique du fonctionnement mental qui serait caduque.* Elle date en effet de la fin du XIX[e] siècle, époque de la découverte du neurone, de l'électricité et où prévalait en biologie la conception d'une énergie physique qui parcourait les voies nerveuses. C'est sur ce modèle qu'est en grande partie construite la théorie freudienne des pulsions et des investissements. Or actuellement le modèle prévalent est le modèle cybernétique qui n'a besoin que d'une énergie minime et non spécifique, les facteurs motivants et agissants étant des stimuli spécifiques, déclencheurs de réactions en chaîne et d'effets de contrôle par rétroaction (cf. ci-dessus).

– *La thèse freudienne du primat de la sexualité et de son organisation par étayage sur les besoins physiologiques, serait invalidée par les*

données récentes tirées de l'étude du comportement des animaux et des enfants.

Ce point de vue a été particulièrement développé par un psychanalyste anglais J. Bowlby dont nous reprendrons rapidement les principaux arguments. Les liens entre la mère et l'enfant ne sont pas créés par la satisfaction des besoins de l'enfant par sa mère en particulier des besoins oraux, première occasion de plaisir et d'étayage de la sexualité pour la psychanalyse. *Il existe un besoin primaire d'attachement de l'enfant à sa mère* et des mécanismes innés qui lui permettent de se réaliser sans que soient nécessaires un apprentissage et des échanges particuliers entre la mère et l'enfant. Cet attachement est commun à l'animal et à l'homme. Nous verrons plus loin à propos de l'éthologie et au chapitre 2 un certain nombre d'expériences qui témoignent de la réalité de ce besoin d'attachement.

L'existence de l'attachement rendrait inutile l'intervention de tout autre facteur dans la relation mère-enfant et suffirait à expliquer tous les avatars de ce lien rencontrés en clinique. Mais peut-on suivre Bowlby et les éthologues jusque là? S'il est indéniable que ce besoin d'attachement existe par lui-même et indépendamment de tout besoin physiologique, cela n'exclue en rien le rôle d'autres facteurs. La clinique, la littérature, les mythes, les contes pour enfants, c'est-à-dire tout ce qui constitue le monde symbolique et culturel de l'homme sont là pour nous montrer la prégnance de tout le domaine de l'oralité. Nous en verrons de même l'importance aux chapitres 2 et 3 à propos de la relation amoureuse. La spécificité de l'homme par rapport aux animaux pourrait résider dans la précocité et l'ampleur du développement d'un monde imaginaire, fantasmatique qui serait organisé, informé par les premières expériences de l'enfant avec son entourage.

Que des mécanismes innés, communs aux animaux et à l'homme interviennent dans l'établissement de cette relation, n'empêche en rien que très rapidement des données spécifiques à l'homme se révèlent qui pourraient être liées à la nature de son fonctionnement psychique interne (cf. chapitre 3). L'observation clinique nous montre abondamment que, dans le cadre de cette spécificité il existe une prévalence de certains types de fantasmes, oraux et anaux en particulier, et que surtout les expériences de plaisir entre la mère et l'enfant auront une valeur organisatrice toute particulière. Parmi les expériences de plaisir celles qui seront ressenties comme « sexuelles » auront un impact particulier et joueront notamment un rôle important dans la conflictualisation des situations. Il est d'ailleurs frappant de remarquer que les détracteurs du rôle joué par la sexualité font peu référence à la psychopathologie.

Nous verrons au chapitre 2 que la sexualité humaine a un destin particulier du fait du retard de maturation physique de l'homme, et qu'elle acquiert au travers du complexe d'Œdipe et de la crainte de l'inceste

un rôle organisateur des relations de l'enfant avec ses parents et du fonctionnement mental.

La tonalité sexuelle des expériences de plaisir est liée à la nature de l'émoi physique ressenti aussi bien qu'aux fantasmes qui l'accompagnent; fantasmes qui peuvent être ceux de l'enfant comme ceux des parents. Nous verrons l'importance que revêt dans la théorie freudienne cette activité « séductrice » des parents venant « pervertir » les soins usuels et les comportements d'attachements innés.

Que conclure de ce débat?

Tout d'abord qu'il est fondamental car de la réponse qu'on lui donnera, dépendent souvent nos attitudes concrètes face à autrui et en particulier à l'homme malade et à ce que nous entendons des raisons de sa souffrance. C'est toute la conception de ce qui est déterminant dans la formation de la personnalité et dans le fonctionnement mental qui est en jeu. Nous ne pouvons en donner ici qu'un rapide aperçu, mais nous conseillons vivement la lecture d'un petit livre-débat sur le sujet : « L'attachement » publié sous la direction de R. Zazzo.

Pour notre part, nous pensons que plus que la notion d'énergie, dont au fond, peu importe la nature, ce qui est intéressant c'est la notion de *situations signifiantes* qui vont prendre pour un individu donné, à un moment donné, une valeur motivante, structurante, organisatrice ou au contraire vont avoir un effet traumatisant, voire désorganisant. Dans le cadre de ces situations signifiantes, le registre sexuel se détache par son effet de résonance. Enfin les situations signifiantes le seront avant tout en fonction du monde interne fantasmatique.

Dans cette perspective les références énergétiques, pulsions, investissements, ont un intérêt opératoire et pratique évident, sinon valeur de vérité. Nous verrons au chapitre 2, à propos de la discussion sur l'angoisse du 8^{e} mois, les limites d'une conception comme celle de l'attachement quand elle veut réduire le fonctionnement mental à ce qui est le plus directement observable : le comportement. De même par exemple, c'est bien à un véritable retrait des investissements que l'on assiste lors des mouvements de repli qui accompagnent les phénomènes de deuil. Retrait des investissements externes qui peuvent s'accompagner d'un surinvestissement du corps et de ses fonctions que viennent traduire les inquiétudes sur la santé et les plaintes diverses. Puis on assistera normalement par la suite à un redéploiement des investissements vers le monde externe.

Mais encore une fois, précisons qu'en utilisant les termes économiques nous ne pensons pas que ces conduites de deuil, par exemple, soient déclenchées par une énergie physique spécifique ou par des substances chimiques. Elles n'en sont que les médiateurs, nullement les causes. La cause est une situation signifiante de perte d'une personne

aimée. Mais cette perte est susceptible de provoquer tout un jeu de retrait, de déplacements, de modifications des intérêts de la personne qui la subit. Comment mieux exprimer ce jeu et sa complexité qu'en termes d'investissements? D'autant que c'est encore en termes quantitatifs qu'on s'exprimera pour décrire la somme d'efforts de marques d'attentions... que son entourage sera amené à prodiguer à l'endeuillé pour le sortir de son état.

Comme le fait remarquer D. Widlocher (conférence au cercle d'études psychiatriques, 24.11.67), s'il s'agit d'un problème qui demeure encore obscur, il semble tout de même : « Que l'on puisse sortir de ce dilemme en mettant l'accent sur le fait que tout investissement exprime toujours une différence entre un état présent et un état futur, entre deux représentations et que cet écart entre les représentations, que ce soit au niveau du conflit ou au niveau du désir, introduit un mouvement dans l'appareil psychique. C'est beaucoup plus en termes de mouvement que l'on peut saisir ce que pourrait être enfin, l'aspect énergétique du problème. »

2 - L'AGRESSIVITÉ

On regroupe sous cette appellation un ensemble de conduites, agies ou fantasmatiques, qui ont pour effet de nuire à autrui ou à soi-même : détruire, attaquer, contraindre, faire souffrir, humilier...; s'auto-mutiler, s'auto-accuser, se suicider, se mettre en colère ou être en état de rage... Les conduites d'agression sont très répandues, aussi bien dans le règne animal que chez l'homme.

S'agit-il d'une pulsion ou d'une réponse à l'environnement?

Faut-il chercher à la faire disparaître ou peut-elle avoir un effet bénéfique?

Les études neurophysiologiques, chez l'animal, ont mis en évidence le rôle de structures cérébrales et de leurs médiateurs chimiques dans le déclenchement de comportements agressifs, notamment de l'hypothalamus et des structures limbiques. Mais ces études ont également fait ressortir l'influence du milieu dans la détermination des conduites agressives.

C'est ainsi que Karli a montré, sur les rats « tueurs » de souris, que des lésions cérébrales expérimentales provoquant un comportement agressif n'étaient opérantes que si les rats n'avaient eu parallèlement que peu de contacts avec les souris. Par contre l'intervention devenait inefficace si les rats avaient été élevés avec les souris. Ce fait, parmi bien d'autres que nous ne pouvons rapporter ici, illustre *« la conjonction de mécanismes cérébraux et de conditions du milieu pour déterminer biologiquement une conduite agressive »* (Karli).

Autre point important, les expériences montrent également que, si le comportement agressif est associé à une expérience de plaisir, il devient *un comportement d'appétence qui se renforce lui-même.*

Quant aux études éthologiques elles mettent en évidence une agressivité interspécifique liée surtout à la prédation et à la protection; et une agressivité intraspécifique, généralement ritualisée et hiérarchisée, ayant essentiellement pour objet la protection du territoire et la conquête sexuelle. Elle met en valeur l'importance d'une *distance minimale* entre congénaires en dessous de laquelle apparaît inévitablement une conduite d'agression.

Les théories psychologiques se divisent également en celles qui insistent sur le caractère pulsionnel et inné de l'agressivité et celles qui font ressortir l'aspect réactionnel à des frustrations et des contraintes venant du milieu extérieur. Les deux s'entendent sur son caractère inévitable mais diffèrent sensiblement quant aux conséquences pratiques.

Nous avons vu que la psychanalyse était elle-même partagée entre ces deux positions. La pulsion de mort met l'accent sur la présence, dans l'organisme lui-même, d'un potentiel destructeur. Dans ces conditions la menace essentielle est l'auto-destruction, les conduites hétéro-agressives seraient toujours secondes et en fin de compte de meilleur pronostic dans la mesure où elles évitent à l'individu le danger le plus grand : le repli total sur lui-même. Adopter ce point de vue conduit à mettre en valeur le *rôle vital essentiel de l'objet qui oblige le sujet à sortir de lui-même* et à diriger son agressivité vers l'extérieur. Si le climat relationnel a également un côté positif et libidinal, la relation à l'objet permet alors de lier agressivité et libido, diminuant le potentiel destructeur. Dans ce contexte les frustrations, sont non seulement inévitables, mais nécessaires car mobilisant l'agressivité et la liant aux objets.

Sans vouloir trancher ce débat il est certain que la clinique montre que *le danger principal qui guette l'individu est le repli sur soi* et les formes diverses de l'auto-destruction : suicide, conduites d'échec, maladies psychosomatiques, destruction schizophrénique de la pensée et de l'identité.

La distance joue chez l'homme aussi, un rôle important. Certaines formes de la vie moderne l'illustrent abondamment. Mais plus profondément on peut penser également qu'*une certaine distance psychique est nécessaire comme garantie de l'identité.* Si deux figures se rapprochent trop, en se ressemblant par exemple, chaque individu se sent menacé de dépersonnalisation, et de confusion d'identité, déclenchant des réactions agressives violentes et même meurtrières (cf. le malaise et les légendes concernant le double). Les frères ennemis usent généralement des formes les plus violentes de l'agressivité. Citons, entre autres, les travaux de R. Girard sur le mimétisme (R. Girard, La violence et le sacré).

Mais le problème se complique du fait *du lien étroit entre les manifestations agressives et l'amour.* C'est ainsi que la haine concerne régulièrement des personnages autrefois aimés et souvent passionnellement. Ce qui se différencie le plus de l'amour ce n'est pas la haine, qui en serait l'image inversée, mais l'indifférence. On retrouve le problème du lien objectal évoqué ci-dessus : la haine est une forme de relation, l'indifférence reflète l'absence de relation. Elle est plus proche de la mort. La racine latine : « Aggredior » signifie d'ailleurs, aller vers, aborder, et nous verrons par la suite l'importance structurante dans la formation de la personnalité du maniement de l'agressivité et de la capacité d'affrontement.

3. – COMPORTEMENT – FANTASME – CONDUITE

Ces trois notions sont couramment utilisées pour caractériser les attitudes humaines. Nous les avons employées incidemment au fil des pages précédentes.

Il convient de les préciser davantage pour éviter toute confusion dans un domaine difficile à cerner. Au travers de ces notions, ce sont en effet des conceptions différentes du fonctionnement psychique qui s'expriment.

■ ***Le comportement*** désigne habituellement les attitudes les plus manifestes, celles qui sont extériorisées et agies. On comprend qu'il serve de référence aux théories qui, dans un souci d'objectivation, ne veulent s'intéresser qu'aux actes, comme la théorie dite justement comportementale.

■ ***Le fantasme*** désigne un scénario imaginaire, souvent à plusieurs personnages, mettant en scène les désirs du sujet tels qu'ils se sont organisés au cours de son histoire. Il peut être conscient, et on l'appelle plutôt fantaisie, ou inconscient. Il n'est pas directement appréhendable par un observateur mais nécessite, pour être perçu, d'être communiqué par le sujet ou déduit de ses attitudes. Sa découverte est donc toujours indirecte et nécessite souvent une activité interprétative. Celle-ci relie entre elles des données apparemment hétérogènes pour faire apparaître le fonds commun qui les sous-tend et qui est le scénario fantasmatique. Le but de la méthode psychanalytique est de faciliter l'expression des fantasmes afin de les rendre conscients et de ce fait plus maîtrisables. C'est elle qui a fait du fantasme un objet d'étude et qui l'utilise comme pivot du fonctionnement psychique (cf. chapitre 3).

Ce seront surtout les détails et les « ratés » du comportement manifeste qui intéresseront le psychanalyste, car ils révèlent le fonctionne-

ment inconscient et le retour du refoulé : lapsus, oublis, actes manqués. Le monde intérieur : rêveries, souhaits, souvenirs, rêves, aura autant d'importance que les actes.

Comportement et fantasme expriment donc deux catégories d'activités et d'attitudes humaines dont l'existence est évidente. Par contre les moyens de les approcher et de les étudier diffèrent totalement, comme d'ailleurs le rôle et l'importance qu'on leur accorde dans l'activité humaine. Les théories évoquées ci-dessus en témoignent.

Ces différences d'approche entraînent-elles inévitablement leur incompatibilité et l'exclusion d'un des termes par l'autre? Nous avons vu que c'était la position de la théorie comportementale qui excluait radicalement toute prise en compte du monde psychique interne et des fantasmes. Si la psychanalyse n'est pas aussi exclusive, elle ne s'intéresse néanmoins au comportement manifeste que dans la mesure où il est susceptible de refléter une réalité sous-jacente cachée.

Ces deux approches sont intéressantes et la spécificité de leurs méthodes est une nécessité et une garantie de l'originalité de leurs apports. Mais dans les situations concrètes, comme la situation de soin, il n'en demeure pas moins qu'on est face à un homme entier, qui ne peut être subdivisé en types d'activités, et qu'on est concerné par tout ce qui le motive à agir et à réagir. *Le soignant devra tenir compte de l'ensemble des paramètres susceptibles d'avoir une influence sur l'état de son patient et sur les attitudes à adopter à son égard.*

■ ***La notion de conduite*** est liée à une tradition psychologique française (P. Janet, D. Lagache, D. Widlocher). D. Lagache en donne la définition suivante :

> « Ensemble des opérations (physiologiques, motrices, verbales, mentales) par lesquelles un organisme en situation réduit les tensions qui le motivent et réalise ses possibilités. »

Au-delà de la multiplicité de ces opérations, de la diversité des réalités interne et externe, consciente et inconsciente, *le terme de conduite introduit une unité qui est celle du sujet en situation.* Cela correspond à l'objet que nous avons fixé à la psychologie médicale. Cette définition fait également intervenir des considérations de motivation, de but et de signification, dont il n'est pas possible de faire abstraction, dès qu'on se trouve justement dans une situation concrète de la vie et non dans un laboratoire.

> Les comportements agis, comme les scénarios fantasmatiques, sont deux variantes de conduites humaines. Nous verrons au cours des chapitres 2 et 3 comment les fantasmes sont eux-mêmes nés de l'intériorisa-

tion de conduites d'interaction entre l'enfant et son environnement. Intériorisées, ces conduites fantasmatiques seront comme autant de modèles d'action interne, guidant les attitudes et les comportements ultérieurs de l'individu. Ces conduites intériorisées tireraient leur force d'imprégnation et leur influence ultérieure sur la vie de l'individu de leur précocité d'apparition à un moment où l'enfant est particulièrement réceptif aux expériences.

Ces conduites représenteront de profondes motivations pour les comportements ultérieurs de l'homme. Par la suite les événements externes et les objets rencontrés ne le motiveront que dans la mesure où ils entreront en résonance avec son monde fantasmatique qui leur conférera leur sens et leur tonalité particulière, expliquant l'extrême diversité de réactions aux situations selon les individus. Leur influence se fera également sentir dans la forte propension des hommes à répéter dans leur vie les mêmes conduites.

Nous reviendrons souvent au cours de cet ouvrage sur la fréquence, l'importance et souvent la gravité des conduites répétitives. Elles sont particulièrement déroutantes et même décourageantes pour le soignant dans la mesure où elles peuvent mettre en échec tous les efforts thérapeutiques. Elles semblent donner un fondement au sentiment de fatalité et sont un domaine largement ouvert à l'irrationnel. Le sujet, agissant ces conduites répétitives, ressent souvent lui-même ce caractère inexplicable, mais il se sent contraint de répéter les mêmes attitudes quels que puissent être les arguments logiques pour ne pas le faire.

Cette contrainte interne illustre bien le poids des forces inconscientes qui œuvrent en l'homme. On ne peut en effet se contenter d'évoquer pour l'expliquer, un renforcement par apprentissage et par des gratifications de l'entourage.

Ce peut être par exemple la répétition de liens amoureux toujours aussi insatisfaisants et porteurs de souffrance. Cette conduite prendra sa valeur signifiante quand elle pourra être rattachée au « complexe » fantasmatique inconscient qui pousse le sujet à retrouver, par ces liens, une des figures parentales de son enfance, agissant ainsi le désir qui le lie à cette image et l'interdit qui le frappe. La richesse et la plasticité de l'homme rend possible l'abandon de la répétition. Mais c'est toujours aléatoire, long et difficile.

Cela doit attirer notre attention sur ce qui sera pour nous un leitmotiv :

- l'histoire de chaque homme est ce qui permet de le connaître et de le comprendre,
- l'action préventive doit concerner l'enfant et la qualité de ses premières expériences relationnelles.

Bibliographie d'orientation

AJURIAGUERRA J. de. – *Manuel de Psychiatrie de l'enfant,* Masson, Paris, 1973.
BARBIZET J., DUIZABO PH. – *Abrégé de Neuropsychologie,* Masson, Paris, 1978.
DELAY J., PICHOT P. – *Abrégé de Psychologie,* Masson, Paris, 1964.
EIBL-EIBESFELDT I. – *Ethologie-Biologie du comportement,* Éditions Scientifiques, Paris, 1972.
FREUD S. – *L'interprétation des rêves,* PUF, Paris, 1967.
FREUD S. – *Trois essais sur la théorie de la sexualité,* Gallimard, Paris, 1962.
FREUD S. – *Introduction à la psychanalyse,* P. B. Payot, Paris, 1965.
FREUD S. – *Métapsychologie,* Gallimard, Paris, 1968.
FREUD S. – *Essais de Psychanalyse,* P. B. Payot, Paris, 1963.
FREUD S. – *Abrégé de Psychanalyse,* PUF, Paris, 1964.
GAGEY J. – *Analyse spectrale de la psychologie,* Marcel Rivière, Paris, 1969.
LALANDE L. – *Vocabulaire technique et critique de philosophie,* Paris, PUF.
LAPLANCHE J.L.-PONTALIS J.B. – *Vocabulaire de la psychanalyse,* Paris, PUF, 1967.
LORENZ K. – *Évolution et modification du comportement,* L'inné et l'acquis, Payot, Paris, 1970.
SIVADON P. – *Traité de psychologie médicale,* PUF, Paris, 1973.
TINBERGEN N. – *La vie sociale des animaux,* P.B. Payot, Paris, 1967.
WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D. – *Une logique de la communication,* Seuil, Paris, 1972.

2

LA GENÈSE DE LA PERSONNALITÉ

OBJECTIFS

. *Comprendre comment la personnalité n'est pas une donnée statique mais une construction progressive dans une interaction constante entre l'individu et son environnement.*

. *Savoir pourquoi des liens relationnels suffisamment intenses et stables sont nécessaires, dès le début de la vie, pour permettre à l'enfant de se développer physiquement et psychologiquement et d'acquérir une possibilité de fonctionnement autonome.*

. *Pouvoir reconnaître les principales étapes « organisatrices » de cette évolution et comprendre comment des troubles somatiques, psychiques ou du développement peuvent traduire des perturbations de la communication de l'enfant avec son environnement.*

. *Comprendre pourquoi le corps et ses fonctions ne peuvent pas se réduire aux données anatomiques et physiologiques mais sont le lieu de la manifestation de désirs et l'objet d'investissements affectifs.*

. *Comprendre le rôle et l'influence de la parole : sa valeur organisatrice du fonctionnement mental, son rôle dans l'autonomisation de l'enfant, son pouvoir structurant ou désorganisant quand elle est prononcée par un personnage investi.*

. *Comprendre pourquoi une médiation, représentée généralement par le père et relayée par l'ordre culturel, doit s'exercer entre l'enfant et sa mère, au cours du processus d'individuation.*

. *Comprendre pourquoi l'individuation et l'acquisition de l'identité sont un processus dynamique avec un jeu dialectique de conduites d'acceptations et d'oppositions; et pourquoi le conflit joue un rôle structurant s'il est rendu tolérable pour l'individu et son environnement.*

. Savoir que certaines étapes et crises de la vie rendent l'individu plus vulnérable et le remettent dans une situation de dépendance à l'égard de l'environnement qui a des analogies avec l'enfance. Le médecin sera, de façon privilégiée, confronté à de telles situations et devra savoir les évaluer et y répondre correctement.

. Connaître l'importance de ces données pour une action de prévention.

La personnalité n'est pas une donnée biologique, héréditairement transmise. Elle *est une construction,* fruit d'une interaction constante entre l'individu et son environnement. Cette construction est en devenir permanent et est susceptible de bouleversements et de désorganisations sous l'effet de traumatismes provenant de l'intérieur du sujet lui-même ou du monde externe.

Certaines périodes de l'existence humaine sont particulièrement déterminantes dans cette construction :

– la première enfance parce que l'enfant y est totalement dépendant de son environnement et particulièrement réceptif,

– l'adolescence car elle correspond à l'accès à la sexualité adulte, à la séparation d'avec le milieu familial et à l'acquisition d'une identité stable au sein du groupe social.

Bien qu'évoluant en permanence, la personnalité se caractérise par le dégagement progressif de grandes constantes dans les relations des différentes composantes de la personnalité entre elles, et de l'individu avec son environnement. Ces constantes définiront *la structure de la personnalité,* qui est donc :

– une donnée relativement stable, conférant à la personnalité son caractère prévisionnel, permettant de prévoir chez un sujet tel type de réaction dans telle situation plutôt que tel autre.

– mais aussi une résultante de courants et de composantes antagonistes, toujours susceptibles de variations en quantité et en qualité et qui, au-delà d'un certain seuil, peuvent entraîner une brutale modification de la structure qui se transforme en une autre, ou se désagrège. Une analogie biologique peut illustrer ce phénomène : le corps apparaît stable et relativement immuable dans sa présentation et cependant nous savons qu'il est le lieu d'un changement incessant de ses éléments constitutifs, y compris dans son ossature; c'est le *« turn over »* biochimique.

Tous ceux qui exercent une fonction soignante doivent connaître les grandes lignes du développement de la personnalité, car :

– ils sont bien placés pour avoir *une fonction préventive* sur les troubles suceptibles d'affecter la personnalité, dont les conséquences ne se feront souvent sentir que bien après les événements qui auront été à leur origine,

– la personnalité, la leur et celle de leurs patients, interviendra sans cesse dans leur pratique. Ils devront en comprendre le fonctionnement et savoir repérer ce qui peut jouer un rôle sur la santé.

I. – L'INNÉ ET L'ACQUIS : PLACES RESPECTIVES DE L'HÉRÉDITÉ ET DE L'ENVIRONNEMENT

Deux types d'approche se sont conjugués pour renouveler complètement les données classiques.

1. – LES ÉTUDES GÉNÉTIQUES

Leur développement important a eu pour conséquence d'en montrer la complexité et de rejeter, comme non scientifique, toute conclusion hâtive et schématique. On doit abandonner la notion qu'à un gène précis correspondrait un caractère comportemental précis. C'est ainsi par exemple que du fait de leurs actions réciproques suppressives ou expressives, une forme allèle d'un gène ne produit pas toujours le même phénotype et que l'effet d'un gène variera en fonction de son « expressivité » et de sa « pénétrance ». *Les facteurs d'environnement modifient la manifestation phénotypique d'un génotype.* et ceci chez l'homme comme chez l'animal. Par exemple Cooper et Zubechs (cités par Roubertoux et

coll.) ont montré qu'une caractéristique comportementale d'apprentissage, bien repérée génétiquement chez deux espèces de rats, et donnant lieu à des différences notables et constantes du nombre d'erreurs à l'apprentissage du trajet d'un labyrinthe, variait sous l'influence de l'environnement. Les résultats des deux espèces (Bright et Dull) initialement très éloignés, devenaient semblables selon qu'on sur-stimulait les Dull ou sous-stimulait les Bright.

D'autre part, il faut bien comprendre que ce serait commettre une erreur de logique grave que d'assimiler l'existence d'une corrélation de variation entre un comportement et un gène, à un lien de causalité de l'un à l'autre.

> On peut dire avec P. Roubertoux et M. Carlier :
> « On ne peut considérer le génotype comme déterminant le phénotype mais comme créant un champ de possibles qui seront actualisés par l'histoire », c'est-à-dire par l'interaction avec l'environnement.

Le poids de l'hérédité ne saurait donc servir de prétexte à une minimisation du rôle de l'environnement, ni à justifier une vision fataliste de l'individu et de son évolution. Bien au contraire on peut penser que plus le poids de l'hérédité sera lourd, plus cela justifie une tentative correctrice de la part de l'entourage pour tenter de compenser le handicap initial.

2. – LES ÉTUDES ÉTHOLOGIQUES

Nous allons utiliser deux exemples pour illustrer l'influence réciproque et la complémentarité de l'hérédité et de l'environnement.

■ ***Le phénomène de l'empreinte.*** – L'empreinte, ou imprégnation, est le terme donné par Lorenz en 1935 pour décrire des phénomènes rencontrés essentiellement chez les oiseaux, mais que l'on retrouve aussi de manière beaucoup plus générale, comme l'ont prouvé les expériences ultérieures. Lorenz a constaté qu'en l'absence de leur mère, de jeunes oies nées en couveuse s'attachent au premier objet qu'elles rencontrent et qui n'est pas forcément un objet de leur espèce mais peut être l'éleveur. Cette fixation au premier objet mobile rencontré par l'oiseau se fait durant une période sensible qui dure environ 36 heures et, une fois installée, elle est irréversible. On a depuis étudié de nombreux phénomènes d'empreinte qui correspondent à une période sensible de durée variable, mais spécifique pour chaque espèce, au-delà de laquelle l'empreinte n'est plus possible.

■ ***Le choix des partenaires sexuels et sociaux.*** – Il est certain que la catégorie d'objets vers lesquels les animaux vont diriger leurs choix sociaux et sexuels peut être sujette à de grandes variations, contrairement à ce que pourrait laisser penser une conception simpliste de l'instinct. Si des séquences complètes du comportement sexuel ne sont pas vues chez les oiseaux ou les mammifères avant qu'ils n'aient atteint un certain âge, néanmoins la catégorie d'objet vers lesquels ce comportement sera plus tard dirigé, est déterminée bien avant que l'individu n'ait atteint une maturité sexuelle. Ceci est clairement montré par les animaux élevés avec ceux d'une autre espèce et dont le comportement sexuel sera ultérieurement dirigé vers les animaux de cette espèce. Ce choix de l'objet, comme partenaire social ou sexuel privilégié, va se produire de façon préférentielle à certaines périodes du cycle de la vie (Schutz, 1965).

A la lumière des faits fournis par l'éthologie, l'ancienne conception de l'instinct, comme activité répétitive d'origine héréditaire, aboutissant à un comportement entièrement pré-déterminé et d'évolution fixe, doit être révisée.

> Le comportement instinctif est à double facette et la part liée à l'environnement est tout aussi déterminante pour le déroulement de l'activité instinctive que celle liée à l'hérédité. Ce qui est inné, c'est la capacité potentielle de développer un type de comportement. Ce qui est acquis c'est la forme et le devenir de ce comportement.

Tout défaut de réponse du milieu ambiant empêchera le déroulement du comportement instinctif. Passé un certain délai, la capacité potentielle innée disparaîtra. L'exemple de l'empreinte est là particulièrement probant, puisqu'on y relève à la fois l'existence d'un schème comportemental héréditaire inné : la quête d'un objet à fixer; et celle d'un apprentissage acquis, dépendant de l'environnement : la nature de l'objet sur lequel s'opèrera la fixation.

3 – DEUX EXEMPLES DE LA COMPLEXITÉ DES INTERACTIONS ENTRE FACTEURS INNÉS ET ACQUIS CHEZ L'HOMME

■ ***La formation de l'identité sexuelle.*** – L'acquisition de l'identité sexuelle paraît être le type même de l'acquis biologique, inné, dans la formation duquel l'éducation, c'est-à-dire l'action du milieu environnant, paraît faible, sinon nulle. Il n'en est rien et des exemples tirés de la pathologie le montrent amplement, notamment les cas de pseudo-hermaphrodisme où le sexe apparent ne coïncide pas avec le sexe réel.

Situation privilégiée pour percevoir ce décalage entre ce qui est de l'ordre du biologique et ce qui appartient au culturel, au psychologique. La situation habituelle de coïncidence entre sexe biologique et sexe psychologique ne permet pas de percevoir l'importance de ces facteurs psychologiques, liés à l'éducation, dans la détermination de l'identité sexuelle. Dans les cas de pseudo-hermaphrodismes masculin et féminin, l'apparence génitale trompeuse peut orienter les parents à la naissance vers l'octroi d'une identité sexuelle opposée au sexe réel, ou les maintenir dans le doute. Dans tous les cas, c'est la perception par les parents d'un sexe donné qui va déterminer chez l'enfant la fixation de ce sexe comme étant le sien. Tout doute des parents sur la nature du sexuelle. Dans les cas de pseudo-hermaphrodismes masculin ou féminin, l'apparence génitale trompeuse peut orienter les parents à la naislement afin de redonner à l'enfant un sexe qui soit celui de sa nature biologique et hormonale, alors qu'il était bien identifié à son sexe apparent.

■ ***Le nanisme psychosocial*** illustre également comment une fonction biologique : la croissance, sous le contrôle d'une régulation hormonale hypophysaire et corréllée à des facteurs génétiques, reste dépendante de l'influence de l'environnement. Il s'agit d'enfants présentant un arrêt total de la croissance ainsi que des troubles relationnels dans leur famille et des perturbations de différentes conduites dont les conduites alimentaires. Quand on les place hors du milieu familial on assiste, dans certains cas, à une reprise de la sécrétion de l'hormone de croissance avec augmentation spectaculaire de la taille. A leur retour dans leur famille il est fréquent d'observer à nouveau un arrêt de la croissance. Tous les cas ne réagissent pas de façon aussi spectaculaire car le conflit est souvent suffisamment intériorisé pour se prolonger même en dehors de la famille. On peut d'ailleurs le voir se reproduire dans le nouveau cadre où est placé l'enfant, suivant la qualité des relations avec l'entourage et les variations de celui-ci : l'absence de la personne avec laquelle l'enfant avait noué un lien privilégié peut suffire à provoquer une nouvelle rechute.

II. DEUX DONNÉES FONDAMENTALES DU DÉVELOPPEMENT

Nous les individualiserons parmi d'autres données, car elles permettent de comprendre l'importance primordiale de l'environnement dans le développement de l'enfant :

1. – UN CARACTÈRE SPÉCIFIQUE DU DÉVELOPPEMENT BIOLOGIQUE DE L'ÊTRE HUMAIN : LA DISCORDANCE DE MATURATION

L'enfant naît *prématuré* en ce sens qu'il présente, sur le plan neurologique, une discordance de *maturation sensori-motrice* propre à l'espèce humaine.

La lenteur du développement moteur est bien plus marquée chez l'homme que chez l'animal qui, dès les premiers jours de sa vie, commence à se mouvoir. En contraste avec la lenteur de la maturation motrice, le développement sensoriel est à la fois précoce et rapide chez l'enfant, aussi bien pour les systèmes somesthésique, auditif, que visuel : il commence à voir dès la fin du premier mois, à entendre dès les premières semaines, à sentir la chaleur et le froid dès sa naissance. Cet afflux de sensations et d'informations venues de l'extérieur et de l'organisme de l'enfant va entraîner un accroissement de sa tension interne, nécessaire au développement de ses capacités comme nous le verrons, mais qui peut devenir dangereux s'il est excessif. L'enfant en effet ne peut pas décharger ce surcroît de tension par la motricité et l'action sur le monde externe. C'est l'entourage qui devra assurer cette fonction.

> La lenteur de sa maturation motrice rend indispensable pour l'enfant, des années durant, une suppléance à ses carences et une protection par des adultes.

A cette discordance, s'ajoute *la discordance de maturation entre soma et germen.*

C'est ainsi que le germen féminin est achevé dans sa substance à l'âge de 4 ou 5 ans et que le volume de l'ovaire est identique chez une fillette de 4 ans et chez une adolescente de 14 ans. Le petit garçon a, dès la première année de sa vie, des érections. Par contre, sur le plan physique, somatique, il n'y aura maturité qu'au moment de la puberté, c'est-à-dire au plus tôt à 10-12 ans. Il s'agit là encore d'un caractère tout à fait spécifique à l'homme; et chez tous les animaux la maturité de la fonction génitale correspond à celle du corps. Même chez ceux qui nous ressemblent le plus, les primates supérieurs, on observe que la maturité gonadique des organes sexuels a lieu comme chez l'homme vers 4-5 ans, mais elle correspond à une maturité somatique concomitante et ils peuvent à cette époque avoir effectivement des relations sexuelles. *L'écart entre le développement gonadique et le développement somatique est spécifique à l'homme.* Entre 4 et 5 ans, la maturité sexuelle est donc accomplie chez l'enfant sur le plan endocrinien avec la composante psychique que cette situation peut comporter, mais,

somatiquement, les moyens lui sont refusés pour qu'il y ait la possibilité d'acte sexuel.

Ainsi,

- l'enfant est plus que tout être vivant totalement tributaire de son entourage pour sa survie,
- son développement sensoriel lui permet de percevoir très tôt tous les stimuli externes. Mais son immaturité somatique et motrice exclue la possibilité dans le même temps, de décharge motrice par action sur le milieu extérieur, et de décharge sexuelle.
- il va donc avoir le temps d'être fortement influencé par son environnement familial et de développer une autre voie de décharge de la tension, représentée par ces dérivés de l'action que sont la pensée et le monde de l'imaginaire et des fantasmes. Le monde psychique assure une certaine autonomie à l'enfant bien avant l'autonomie motrice.

2. – L'APPÉTENCE RELATIONNELLE : LA FAIM DE STIMULI AFFECTIFS

L'enfant a besoin pour son développement, psychique comme physique, de relations affectives stables et priviligiées tout autant que de nourriture.

Là encore c'est l'étude clinique psychopathologique des effets de la carence maternelle qui a permis de mesurer l'importance, pour son développement, de la continuité relationnelle de l'enfant avec son entourage.

■ Nous n'envisagerons que les effets de la ***carence maternelle quantitative,*** le nourrisson étant brusquement, à un stade précoce de son développement, séparé – pour une période donnée – de sa mère. Les premières publications portant sur des observations d'enfants séparés précocement de leur mère ont été celles d'Anna Freud et Dorothée Burlingham de 1942 à 1944 quand il fut nécessaire de placer des enfants en pouponnière et ainsi de les séparer de leur famille pendant le bombardement de Londres. Un peu plus tard Spitz, aux États-Unis, publiait ses premières observations dont il a tiré des films impressionnants. Toutes ces observations ont des résultats concordants. C'est ainsi que tout enfant de quelques semaines à 30 mois, qui a une relation stable avec sa mère et qui n'a pas été précédemment séparé d'elle, réagira à une séparation par une séquence comportementale prévisible et comportant 3 phases :

- de protestation,

- de désespoir,
- et de détachement.

- **La phase de protestation** qui dure de quelques jours à une semaine environ est dominée par une quête de la figure maternelle et de ce qui peut la rappeler, et par des réactions de pleurs, de colère, qui cèdent progressivement la place à des réactions d'allure dépressive.

- Celles-ci caractérisent **la phase de désespoir** au cours de laquelle vont apparaître des signes de plus en plus évidents d'un abattement profond, tant psychique avec désintérêt total, que physique avec inactivité et inertie. Contrairement à la première phase l'enfant se laisse faire et accepte les soins des figures nouvelles mais avec une indifférence qui est bien plus grave de conséquences que la révolte initiale. Si l'enfant retrouve sa mère à la fin de la première phase il a une réaction de rejet à son égard et souvent même de peur, l'accueillant avec des hurlements, fait remarquable sur la signification duquel nous reviendrons, tandis que lors de la 2e phase il reste indifférent paraissant ne pas reconnaître la mère qui devra donc faire un gros effort pour renouer une relation brisée.

- **Le détachement** va s'accentuer progressivement, l'enfant se repliant sur lui-même ne s'intéressant plus qu'à quelques objets matériels. L'intensité de la réaction est proportionnelle à la longueur de la séparation, à l'importance du lien antérieur avec la mère, à l'isolement de l'enfant pendant la séparation. Elle sera au contraire atténuée par la présence d'une figure substitutive constante.

■ R. Spitz, a décrit sous le nom ***d'hospitalisme,*** une séquence réactionnelle semblable chez l'enfant hospitalisé pendant une longue période. Il a insisté sur la fréquence et la gravité des troubles physiques accompagnant cette perturbation affective grave : perte d'appétit, arrêt du développement et de la croissance, absence d'acquisition des apprentissages normaux ou perte de ceux qui existaient : marche, parole, contrôle sphinctérien... L'enfant devient incapable d'initiative et de contacts. Il finit par tomber dans un état de cachexie physique c'est-à-dire de délabrement de toutes ces fonctions physiologiques comme si son organisme perdait son unité et ses capacités régulatrices pour se désorganiser dans un fonctionnement anarchique. Les infections et maladies intercurrentes sont fréquentes et graves. La mort peut même en être l'issue.

Spitz pense que les effets de la privation sont réversibles pendant les trois premiers mois, et que, dans ce délai, l'enfant peut récupérer si on lui fournit à nouveau les provisions affectives dont il a besoin; c'est-à-dire un environnement suffisamment stimulant et stable d'où une ou

deux figures puissent se détacher et s'individualiser par la régularité de leur présence et l'intensité de leur investissement affectif.

Spitz compare les réactions à cette carence affective au *« stress »* décrit par Selye. Le syndrome d'adaptation au stress est l'ensemble des réactions organiques provoqué par certains stimuli émotionnels. Il se caractérise par une évolution en trois stades : la réaction d'alarme, le contre-choc et le stade d'épuisement. Au départ, Selye avait décrit la survenue de ce stress dans le cas de traumatismes affectant le corps et, par la suite, il l'étendit aux stimuli d'origine nerveuse ou psychique et constata en particulier que ceux-ci pouvaient devenir les activateurs les plus puissants de la fonction hypophysaire corticotrophique et des effecteurs adrénergiques produisant une réaction d'alarme rapide et intense. Parmi ces stimuli prennent place notamment les émotions, la rage, la peur, ainsi que l'angoisse. *Pour Spitz, la carence de soins maternels peut donc être considérée comme un véritable traumatisme conduisant à des troubles physiques graves, voire à la mort.*

■ ***Besoin de stimuli et carence relationnelle chez l'animal.*** – Mais cette *« faim de stimuli »* n'est pas réservée à l'être humain et semble être une caractéristique du monde animal lui-même.

Expérience de BATESON : il prend un poussin nouveau-né, le place dans une cage rectangulaire aux parois de verre, à chaque extrémité de laquelle se trouve une lampe qui peut pivoter sur elle-même. Au début de l'expérience, les lampes sont éteintes, puis on les allume, une seule tournant. Le poussin se précipite contre la paroi de la lampe qui tourne. Après un certain temps, on s'aperçoit qu'il passe son temps à proximité de cette lampe, même si elle reste immobile. Dans une autre expérience, sur le sol de la cage se trouvent deux pédales dont l'une peut actionner une lampe. De plus, dans un coin, sont placées nourriture et boissons. Le poussin, introduit dans ce dispositif, va rapidement apprendre à déclencher la lampe et passera son temps à ce jeu, ne s'en distrayant seulement que pour aller activement manger de temps à autre. De telles expériences montrent l'importance de la motivation à se fixer à un objet mobile.

A côté de ces stimuli mobiles, le jeune animal recherche activement les stimuli lui apportant des impressions tactiles de douceur et de chaleur. C'est ainsi que les expériences de Harlow sur les singes, ont montré que les enfants singes élevés avec un mannequin, choisissaient toujours celui revêtu d'un habit dont le contact était doux de préférence à celui en fil de fer, même si ce dernier était le seul distributeur de nourriture. Ils ne manifesteront d'attachement qu'au premier modèle et ne se réfugieront qu'auprès de lui en cas de danger.

De même de nombreuses expériences prouvent que certains stimuli ont un effet de renforcement sur l'attachement à un objet. C'est ainsi que quel que soit l'animal, des expériences ont pu montrer que cet attachement était d'autant plus intense qu'il suivait une phase de punition. Des expériences utilisant des stimuli douloureux ont montré qu'au lieu d'éloigner le petit animal de son objet d'attachement, il renforçait au contraire son accrochage à cet objet. De même, on a pu montrer que des mères singes, qui maltraitaient gravement leurs enfants, étaient celles pour lesquelles ceux-ci manifestaient le plus grand attachement.

Les éthologues ont proposé l'explication suivante à ce comportement

paradoxal : il aurait été sélectionné car il favoriserait le développement de l'espèce chez les animaux vivant en bandes comme les singes. Les jeunes singes se montreraient les plus attachés aux vieux mâles qui les frappent et resteraient ainsi près d'eux, ce qui les protégeraient de l'action des prédateurs.

On ne peut pas ne pas en rapprocher ce que l'on constate de semblable dans le comportement de l'homme, à savoir sa propension à *répéter les situations traumatisantes*. Plusieurs explications en ont été données que nous envisagerons plus loin (identification à l'agresseur, tentative de réparation narcissique). Pour en rester au sujet actuel : le besoin de stimuli et d'attachement, la répétition des traumatismes peuvent être la seule façon de garder un lien avec l'objet d'attachement. Que ce lien soit par ailleurs blessant, voire destructeur, devient secondaire. Le besoin vital d'attachement et de stimuli affectifs devient là préjudiciable à un développement heureux du sujet. De telles attitudes, volontiers qualifiées de masochistes, sont difficilement supportables et compréhensibles pour les soignants, qu'elles mettent en échec et dont elles bafouent les désirs réparateurs.

L'absence d'un objet privilégié d'attachement pour le petit animal, objet qui doit être pourvoyeur de stimuli suffisamment fréquents et de bonne qualité, provoque, si ces conditions ne sont pas remplies, de graves altérations du comportement social futur de l'animal ainsi que de son comportement sexuel. Outre les exemples cités plus haut, on a décrit chez les singes rhésus et les chimpanzés enfants élevés sans mère, un *accroissement considérable des activités auto-érotiques*. C'est ainsi que Nissen rapporte que bien que le suçage du pouce ne soit pas vu chez l'enfant chimpanzé élevé avec sa mère, il survient dans 80 % des cas de ceux qui sont élevés isolés. De même Harlow a montré que le singe rhésus femelle suce sa poitrine et le mâle son pénis dans de tels cas.

> L'organisme a non seulement besoin d'un milieu physique convenable et d'une alimentation équilibrée, mais aussi d'un apport d'information suffisant qui doit revêtir un double aspect quantitatif et qualitatif. En effet, non seulement un milieu riche en stimulations favorise la croissance, la stabilité émotionnelle et de nombreuses réactions adaptatives, mais il paraît nécessaire que des stimulations d'une certaine qualité apparaissent en des moments précis de l'ontogénèse (c'est-à-dire du développement de l'individu) pour que l'organisation comportementale se poursuive normalement.

III. - LES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT

A. - CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

On peut voir la formation progressive de la personnalité comme un long *processus de séparation-individuation* : séparation de l'enfant d'avec son environnement immédiat et, parallèlement, acquisition d'une individuation de plus en plus affirmée jusqu'à la formation d'une identité bien établie à la fin de l'adolescence. Nous allons brièvement schématiser en quelques étapes ce qui est une évolution complexe et continue.

Deux ordres d'explications tentent de rendre compte des échanges de l'enfant avec son environnement et de leur rôle dans la formation de sa personnalité : les théories psychanalytiques et les théories comportementales s'appuyant sur les données fournies par l'éthologie. Nous les avons envisagées au chapitre I. Rappelons simplement que :

- *les théories psychanalytiques* font intervenir la notion de pulsions s'étayant sur les besoins physiologiques. Les pulsions sont à l'origine de contacts privilégiés avec les objets de l'environnement par l'intermédiaire des zones érogènes. Les expériences de satisfactions pulsionnelles font l'objet d'une intériorisation, fondant le monde interne fantasmatique;

- *les théories comportementales* veulent faire l'économie d'une théorie des pulsions et de l'intervention d'un monde fantasmatique interne difficile à objectiver. Elles s'appuient sur la mise en évidence chez les animaux, de comportements dont les « patterns » semblent innés mais qui demandent pour se développer à être renforcés par l'environnement, tel le comportement d'attachement.

Dans la description que nous allons entreprendre des principales étapes du développement, nous nous référerons à l'une ou l'autre de ces théories, en soulignant à l'occasion ce qui peut constituer un argument en faveur de l'une d'entre elles et en ne retenant de ce débat que ce qui nous paraît utile pour les soignants et susceptible d'avoir des incidences pratiques.

1. - LA NOTION DE STADE

Toutes les théories du développement de l'être humain, ayant une visée génétique, c'est-à-dire ayant pour but la reconstitution des étapes du développement, sont amenées à utiliser cette notion de stade. C'est le cas de la psychanalyse mais aussi des théories de Piaget ou de Wal-

lon, avec pour chacune des références propres et un découpage qui ne correspond pas précisément à celui des autres. Pour la psychanalyse, les stades sont fonction de l'évolution libidinale telle qu'elle peut être préférentiellement centrée, à certains moments de son évolution, autour d'une zone érogène. Les échanges se feront à cette époque essentiellement par cette zone et contribueront à organiser un style de relation plus ou moins caractéristique de ce stade et dont on pourra retrouver par la suite les effets dans les traits de caractère (cf. chapitre 3). On a pu décrire ainsi les stades oral, anal, phallique pour la première enfance, et génital à l'adolescence.

Il nous semble important de comprendre :

– que *ces stades ne correspondent pas à une réalité biologique ou psychologique constante et immuable* mais plutôt à une commodité de description soulignant la prévalence de certains types de communications à certaines époques de la vie, n'excluant pas d'autres modalités;

– qu'*il y a interpénétration des stades entre eux.* Par exemple les fantasmes et les modalités relationnelles du stade oral imprégneront ceux du stade anal avant que ceux-ci ne s'imposent, recouvrant et surtout déformant ceux de la phase orale. Ces derniers ne disparaissent pas lors des stades suivants mais subissent des remaniements qui témoignent de l'influence de chaque étape. Toute idée de chronologie stricte des stades est donc à exclure. Ce que nous montre la clinique, de l'enfant comme de l'adulte, c'est le poids et le rôle dans la vie relationnelle de ces organisations fantasmatiques qui, au travers de leur complexité et de leurs déformations successives, restent évocatrices d'un stade donné de la relation de l'enfant avec son entourage.

Par exemple, les fantasmes de dévoration si fréquents dans les rêves et cauchemars d'enfants et que reprennent les contes et récits pour enfants, ont a priori une forte coloration orale. Néanmoins ils témoignent généralement, à l'âge où ils sont exprimés, de 2 à 5 ans, d'une imprégnation par les fantasmes phalliques (insistance sur des images de langues, de queues monstrueuses ou coupées, de bébés avalés et retrouvés vivants dans le ventre...) et souvent également par des fantasmes anaux de maîtrise sadique et d'enfermement.

2. – LA NOTION D'ORGANISATEURS

Utilisée par R. Spitz, elle nous paraît plus opératoire que celle de stade, car moins rigide et plus dynamique. Spitz a emprunté ce terme à l'embryologie où il désigne le pouvoir, organisateur d'un développement spécifique et différencié, acquis à un moment donné par certaines cellules. Elles paraissent encore semblables à celles qui les entourent.

mais les expériences de transplantation montrent que ce lot de cellules, et lui seul, est porteur d'une information qui induira un développement spécifique et ce à partir d'un certain moment de leur évolution (exemple classique de la transplantation de cellules épidermiques qui, à partir d'un certain âge, donneront naissance aux cellules différenciées de l'œil).

Par analogie, *R. Spitz a appliqué ce terme à l'évolution de la relation mère-enfant.* Elle est marquée par des points forts qui constituent des étapes à valeur mutative. C'est-à-dire qu'une fois ces étapes franchies, l'évolution se déroule suivant un nouveau style, de nouvelles possibilités apparaissent qui marquent l'enfant et laisseront leurs traces, quelles que puissent être les régressions ultérieures. Si, par contre, les conditions nécessaires à l'apparition de cette expérience organisatrice sont entravées, un arrêt du développement s'en suivra. La vie psychique et les échanges qui la caractérisent, vont demeurer fixées au stade antérieur moins différencié. L'arrêt à ce stade empêchera les acquisitions ultérieures et l'écart ira grandissant entre les possibilités théoriques de l'enfant et son développement réel. Le retard pourra devenir irréversible et ce d'autant que l'arrêt du développement atteindra un enfant plus jeune.

Spitz a décrit **trois organisateurs :** *le sourire,* vers 3 mois, c'est-à-dire à un moment où il peut être volontairement déclenché, *l'angoisse du 8e mois* et la possibilité pour l'enfant de *dire non* vers la fin de la deuxième année. Là encore, ce choix est quelque peu arbitraire et ces organisateurs n'ont de valeur que parce qu'ils sont les témoins d'un certain niveau d'organisation de la relation.

3. – LES NOTIONS DE FIXATION ET DE RÉGRESSION

Ce sont les corollaires nécessaires de cette conception génétique du développement de la personnalité par acquisitions qui se succèdent dans un ordre chronologique qui, sans être absolu, reste néanmoins toujours progredient dans le même sens. Elles sont surtout utilisées dans la conception psychanalytique. La fixation correspond à l'arrêt du développement à un des stades ou des moments organisateurs de l'évolution. Elle ne concerne le plus souvent qu'une partie de la personnalité : par exemple une part plus ou moins importante de l'évolution libidinale peut être fixée préférentiellement à un des stades, facilitant une régression ultérieure à ce stade. La régression correspond à l'abandon de certaines capacités acquises et le retour à des modes de fonctionnement plus élémentaires qui se trouvent être généralement les plus archaïques dans le temps. Nous y reviendrons au chapitre 3.

4. – LES TRAUMATISMES

Ils peuvent contribuer à créer des points de fixation et à favoriser des régressions ultérieures. On entend par traumatisme, dans son sens psychologique, le fait pour l'appareil psychique d'être débordé par un afflux de stimulation qu'il ne peut contenir, organiser et maîtriser. Les conséquences pourront en être :

- la régression que nous venons d'envisager, avec perte des acquisitions les plus récentes et les plus élaborées, et fixation à des modes de relation archaïque,
- la décharge motrice et la rage, par exemple, court-circuitant tout travail d'élaboration mentale,
- la décharge de l'excitation dans le corps : troubles psychosomatiques (cf. chapitre 5),
- le recours à des mécanismes de défense archaïques et massifs, coûteux pour le Moi : clivage, projection (cf. chapitre 4).

Nous développerons l'ensemble de ces conséquences au chapitre 4 sur les achoppements du développement. Retenons cependant que, schématiquement, cet afflux d'excitations, créant les conditions du traumatisme, peut s'effectuer par deux voies opposées :

– *par excès de stimulation,* qu'il soit interne à l'individu ou qu'il provienne du milieu environnant,

– *par défaut de stimulation* de l'entourage qui crée en fait les conditions d'une surstimulation interne. Nous avons vu en effet que l'enfant avait un besoin absolu de liens externes. En leur absence, il y a non seulement absence de développement de capacités nouvelles, perte de celles qui étaient acquises, mais aussi apparition de troubles psychiques et physiques qui témoignent chez cet enfant d'*une attaque contre lui-même.* Cette attaque peut être interprétée comme un retour de l'agressivité sur lui-même, comme un effet de la pulsion de mort, comme une manifestation d'un autoérotisme destructeur (cf. chapitre 1).

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, les effets sont là :

- hospitalisme de Spitz,
- comportements auto-mutilateurs des enfants infirmes moteurs cérébraux, plus ou moins abandonnés à eux-mêmes,
- frénésie auto-érotique des enfants laissés trop seuls : balancements stéréotypés, gestes répétitifs, proches de l'auto-mutilation précédente, qui entrave leurs possibilités d'élaboration, d'acquisitions et d'établissement de nouveaux contacts.

Du fait de la dépendance de l'enfant et de son immaturité, c'est *l'entourage qui doit pallier les effets pathogènes et désorganisateurs des*

traumatismes et tout particulièrement l'objet le plus investi de l'entourage : la mère. C'est là ce qu'on a appelé sa fonction de *pare-excitation* qui permet à l'appareil psychique de la mère de « traiter » le surplus d'informations et de stimulations que reçoit son enfant et de le lui renvoyer élaboré et assimilable par lui. Par la suite, et graduellement, ce sera le Moi de l'enfant qui prendra en charge lui-même cette fonction, tâche qui ne sera généralement achevée qu'après l'adolescence (cf. chap. 3).

B. – LA NAISSANCE

Elle réalise le prototype de la séparation mais on ne peut pas dire qu'elle assure pour autant l'individuation puisque, nous l'avons vu, l'enfant ne peut pas exister seul, sans un environnement nourricier.

Aussi, nous semble-t-il plus important de savoir comment la mère va entrer en contact avec son enfant que de faire des hypothèses sur la façon dont « le traumatisme de la naissance » peut marquer l'enfant. Son effet de stress est sûrement important sur le bébé mais limité dans le temps et difficile à évaluer. Par contre l'impact sur la mère est considérable, plus facile à apprécier et lourd de conséquences pour l'avenir, car c'est de la mère que dépendra pour une grande part la qualité de la relation nouée avec son enfant.

1. – L'ENFANT QUI NAIT A DÉJA UNE HISTOIRE

Il l'a du fait de son développement dans l'utérus d'où il n'est pas totalement à l'abri des influences extérieures, ni insensible à l'état physique et tout particulièrement hormonal, aussi bien qu'émotionnel de sa mère. Mais, plus encore, il est *l'héritier de l'histoire de l'enfant imaginaire de ses parents.* Chaque être humain est porteur, depuis sa première enfance, de rêveries concernant l'enfant qu'il souhaite avoir. Le jeu avec les poupées n'en est qu'une des manifestations possibles. Cet enfant du rêve est un condensé des différents désirs de l'enfant et il se modifie avec son histoire. On y trouvera toujours les traces de ses relations avec ses propres parents et de la façon dont eux-mêmes l'ont espéré et l'ont élevé, ainsi que celles des sentiments éveillés par les membres de la fratrie, notamment ceux nés après lui.

L'enfant imaginaire sera donc marqué :

– *par le sceau de la répétition des relations de ses parents avec leurs propres parents.* Ceci explique que chaque enfant est, dès avant sa nais-

sance, investi d'une façon spécifique, qui ne sera pas la même pour ses frères et sœurs. L'ordre des naissances est à cet égard significatif et sollicite beaucoup la répétition. Ainsi l'enfant qui occupe la même place que sa mère dans la fratrie ne sera pas d'emblée investi par elle de la même façon que celui qui occupe la place d'un frère ou d'une sœur, aimés ou au contraire jalousés. Les enquêtes auprès de mères enceintes sont révélatrices. Elles montrent l'importance des idées a priori qu'elles ont sur leurs enfants et combien ces idées sont étroitement liées à leur histoire, que ce soit pour souhaiter la répéter ou au contraire vouloir s'y opposer en miroir. Le choix des prénoms en est souvent l'expression et cristallise à lui seul un faisceau de significations. Ainsi la façon dont une mère s'occupera de son enfant est, dans une certaine mesure, prévisible avant la naissance de l'enfant. Moss a montré (1967) qu'il y avait une corrélation entre la façon dont une mère répondait aux pleurs de son enfant pendant les trois premiers mois de sa vie et les idées et les sentiments qu'elle avait exprimés deux ans plus tôt : idées au sujet des soins domestiques et des soins aux enfants en général et aussi sur les sortes de plaisir et de frustration qu'elle imaginait qu'un enfant pouvait subir du fait de ce qu'elle lui apporterait ou non;

– *par le caractère souvent conflictuel de l'investissement dont il est l'objet.* Ce sont souvent les conflits non réglés, et surtout inconscients avec nos parents qui vont resurgir avec nos enfants au moment où nous-mêmes prenons la place des parents. Le désir de les élever mieux que ne nous avaient élevés nos parents, ou, en opposition avec leur attitude, montre bien que c'est toujours à eux, les parents, que nous nous adressons. D'autre part, l'origine infantile du désir d'avoir un enfant le relie au vœu incestueux d'avoir cet enfant du parent du sexe opposé, en rivalité avec le parent de même sexe. Si la prégnance de ce vœu infantile demeure trop forte, elle le rendra coupable et difficile à assumer (sentiment d'un avenir trop tragique pour cet enfant, craintes constantes qu'il ne soit en danger, avortements provoqués itératifs)... Ce point sera explicité plus loin avec la description du complexe d'Œdipe.

2. – LA NAISSANCE EST LE MOMENT DE LA CONFRONTATION ENTRE L'ENFANT IMAGINAIRE ET L'ENFANT RÉEL

Moment fécond qui peut précipiter l'investissement de cet enfant ou au contraire entraîner une grave désillusion. *L'écart entre le rêve et la réalité peut être difficile à supporter.* Le poids des apparences physiques, des ressemblances, dessinant déjà les appropriations (celui-ci est de mon côté, il a les yeux d'un tel...) celui du sexe, sont autant d'élé-

ments de réalité confirmant ou infirmant le fantasme alimentant la rêverie sur l'enfant.

Une étude récente d'I. Lezine et coll. * portant sur les *inter-relations mère-enfant pendant la tétée* au biberon et durant la première semaine de la vie, a mis en évidence des *différences importantes de comportement des mères selon le sexe et le rang dans la fratrie* de leur enfant. La mauvaise adaptation de la mère au rythme de l'enfant : interruptions au cours de la tétée, forçages pour introduire la tétine, est significativement plus fréquente à l'égard des filles qu'à l'égard des garçons et davantage encore chez les primipares que chez les secondipares.

Les auteurs insistent également sur le fait que, contrairement à ce qui se produit dans le monde animal, il n'existerait pas de modèle inné d'attitudes de maternage chez les mères. Ils notent que mère et enfant ne commencent à s'organiser et à trouver une rythmicité commune qu'à partir du 4e jour. Les mères sortent alors de l'état de régression, de flou, de désorganisation psychique qui avait marqué les suites immédiates de l'accouchement. L'ensemble de leurs observations illustrent l'état de fragilité émotionnelle des mères durant les premiers jours qui les rend particulièrement sensibles aux stimulations de l'environnement. Ainsi le moindre incident peut provoquer des réactions émotionnelles violentes : larmes sans raison apparente, réactions très vives aux propos de l'entourage, dépendance accrue vis-à-vis des images parentales et de leurs substituts (personnel technique et soignant).

Ils relèvent longuement l'importance et la diversité des angoisses réveillées par la grossesse, l'accouchement et les premiers contacts avec l'enfant ainsi que leur relation fréquente avec un conflit familial ravivé à cette occasion et impliquant le plus souvent la mère.

Bien que purement comportementale et s'appuyant sur la seule observation de l'extérieur, cette étude montre déjà *l'importance des motivations maternelles dans l'établissement des premières relations avec l'enfant.* C'est dire combien cette relation essentielle se complexifiera quand on essaiera de prendre en compte le monde interne fantasmatique propre à chaque mère et lié à son histoire. L'investissement des enfants par les parents est donc la résultante de variables multiples qui expliquent bien que chaque enfant soit l'objet d'un investissement particulier par chacun des parents. C'est d'ailleurs la condition nécessaire pour qu'il y ait personnification et originalité.

---

* I. LEZINE, M. ROBIN, C. CORTIAL, Observations sur le couple mère-enfant au cours des premières expériences alimentaires, *La psychiatrie de l'enfant*, XVIII, *1*, p. 75 à 146.

Cet investissement est schématiquement le résultat :
- du sexe de l'enfant,
- de sa place dans la fratrie,
- de son caractère désiré ou pas,
- de ses ressemblances physiques qui vont d'emblée contribuer à orienter les investissements,
- de ses réactions aux stimulations parentales qui à leur tour vont influencer les réactions des parents,
- de la relation de chaque parent à leurs propres parents,
- de l'équilibre actuel du couple et de la famille,
- du « projet » que chaque parent a concernant l'enfant bien avant sa naissance, voire sa conception, et de l'accord entre ce projet et la réalité de l'enfant.

3 - LE RÔLE DE L'ENTOURAGE

L'instinct maternel ne naît pas soudainement du fait d'une prédisposition innée qui se manifesterait à la naissance d'un enfant. Il est la résultante complexe de l'histoire de chaque mère et les quelques indications rapides que nous venons de donner, nous révèlent déjà de combien de conflits il peut être porteur. Rien n'est moins évident que son épanouissement spontané et pour qu'il puisse se produire il faut un minimum de conditions satisfaisantes. Celles-ci, comme nous venons de le souligner, sont liées au passé, mais aussi à l'environnement immédiat de la mère, qui peut jouer un rôle apaisant ou au contraire favorisant le réveil des conflits et le surgissement de l'angoisse. Pendant sa grossesse et les quelques semaines suivant l'accouchement *la mère est placée dans une situation de vulnérabilité.* Les soignants qui s'occupent d'elle, médecins, sages-femmes, infirmiers, ont un *rôle préventif capital* à jouer auprès d'elle. En premier lieu en ne lui nuisant pas : toute parole maladroite sur son état de santé, ou celui de l'enfant, peut être ressentie comme signifiant son incapacité à être une « bonne mère », entrant en résonance avec ses craintes et ses conflits intimes et ouvrant facilement la voie à un fatalisme pernicieux, car cherchant au niveau de la réalité externe présente la justification d'appréhensions liées à la réalité interne et au passé (« c'est ainsi », « je l'ai toujours su », sous entendu « que je ne pourrais pas avoir d'enfant, ou un enfant normal, ou du plaisir avec un enfant »...). Il faut être particulièrement vigilant à ce que la réalité et la parole médicale ne viennent pas donner après coup une caution à ce qui n'était que crainte de l'imaginaire.

A l'inverse *la parole des soignants, qui ont une fonction parentale du fait de l'investissement dont ils sont l'objet, peut et doit avoir un*

rôle apaisant et protecteur, servant de contre-poids efficace aux craintes fantasmatiques des parents, leur montrant qu'ils ont tout ce qui est nécessaire pour être de bons parents.

Une simple parole complimentant l'enfant et la mère, prononcée lors de cet « instant de grâce » que constituent les suites de l'accouchement peut avoir une *valeur psychothérapeutique* plus importante qu'un long entretien et éviter que ce dernier ne devienne nécessaire.

C. – LES DEUX PREMIÈRES ANNÉES

Il est de plus en plus manifeste qu'elles ont un rôle déterminant pour la formation de la personnalité de l'enfant et pour son avenir. Les études fournies par l'observation directe des enfants, les données apportées par la psychanalyse, comme les analogies tirées de l'éthologie, le montrent abondamment. *C'est le moment privilégié où une action préventive sur les troubles ultérieurs du développement sera la plus efficace et la plus aisée.* La coupure à deux ans est évidemment un peu arbitraire mais elle correspond à l'acquisition d'une motricité efficace, d'un début de langage efficient, c'est-à-dire à un moment d'individuation concrétisé par la possibilité pour l'enfant de parler en son nom propre. A l'inverse, ces deux premières années représentent la dépendance maximale à l'égard de l'entourage dont le pouvoir d'imprégnation sera ainsi le plus grand.

Elles sont dominées par :

- *la nécessité d'une continuité relationnelle entre la mère et l'enfant,*
- *l'importance d'une interaction active entre l'enfant et sa mère.*

En faisant exclusivement référence à la mère, nous ne voulons pas dire qu'il s'agit obligatoirement de la mère biologique, ni que les autres membres de l'entourage, le père en particulier, n'ont pas de rôle à jouer. Nous voulons seulement souligner que l'enfant a besoin d'une relation privilégiée avec un membre fixe de son environnement et que c'est la mère, pour toutes sortes de raisons que nous avons évoquées précédemment, qui est la mieux placée a priori pour occuper cette place. Le père, s'il intervient beaucoup, est alors un peu comme un double de la mère, un père nourricier en tout cas. Son rôle spécifique, différent mais tout aussi important, se trouve au niveau de l'équilibre affectif qu'il assure à la mère, par la sécurité qu'il lui apporte, et par le contre-poids qu'il offre, évitant un excès d'investissement de l'enfant par la mère. Il est évident que pour occuper ce rôle, tout autant que sa présence physique, ce sera la place qu'il occupe dans les intérêts affectifs de la mère qui comptera.

1. – LA CONTINUITÉ RELATIONNELLE

Entre la mère et l'enfant, elle est ce qui détermine chez l'enfant le sentiment de sa propre continuité, fondement de son individualité.

Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais, s'est particulièrement intéressé à ces premières relations de l'enfant et de sa famille. Il va, lui aussi, insister sur l'importance de la vulnérabilité du nourrisson qui doit être compensée par les soins de la mère. C'est ce qu'il a appelé la fonction de « holding » que l'on a traduit par *fonction de « maintien » de la mère qui soutient son nourrisson physiquement et aussi psychiquement.* Pour lui, *le développement affectif de la première année contient les bases de la santé mentale, et vraisemblablement d'une bonne partie de la santé tout court.* Face au morcellement de l'enfant livré à l'anarchie de ses besoins et de ses sensations, la mère, par sa *continuité,* sa permanence, va être créatrice de l'unité de l'enfant marquée par l'apparition du sentiment de sa continuité. Pour Winnicott, ce « sentiment continu d'exister », base indispensable du processus d'individuation, est un effet de ce qu'il appelle « la préoccupation maternelle primaire » c'est-à-dire de la capacité de la mère à se substituer aux fonctions défaillantes du nourrisson dans l'harmonie du « ni trop, ni pas assez ». « Le nourrisson n'existe pas », dit-il. *Il fait un avec sa mère le maintenant et le tenant,* lui donnant cette continuité des soins qui permet cette ébauche de fonctionnement mental que constitue pour l'enfant la perception vague, diffuse, de ce « sentiment continu d'exister », que Winnicott va appeler le *self,* le soi.

Complété par sa mère, l'enfant n'est plus ce débile immature, incapable d'agir sur le monde extérieur, mais il acquiert le sentiment qu'il peut créer ses satisfactions, fondement du sentiment de confiance en lui et dans sa capacité à entrer en relation avec un monde extérieur qui est ainsi rendu satisfaisant. C'est ce que Winnicott appelle **le « champ de l'illusion »** : l'enfant a l'illusion sécurisante et réconfortante de posséder la capacité de trouver une réponse satisfaisante à ses besoins et une issue heureuse à ses tensions. C'est ce qui se passera si la mère sait répondre au bon moment aux besoins de son enfant : pas trop tôt pour que l'enfant ait eu le temps d'expérimenter ses besoins comme étant les siens, ce qui ne serait plus le cas si on les devançait systématiquement; pas trop tard pour qu'il n'ait pas eu à ressentir trop cruellement sa détresse et son impuissance, et à s'abandonner à une rage désorganisante. La capacité d'empathie de la mère pour son bébé est nécessaire pour qu'elle puisse s'adapter harmonieusement à ses besoins et à son rythme de maturation. Elle devra laisser la possibilité à son enfant de prendre de plus en plus d'indépendance. « Savoir manquer » doit faire partie du rôle de la mère; pas trop mais suffisamment pour que le pro-

pre équipement de l'enfant lui-même lui permette de se substituer à la mère, en tirant plaisir de cette nouvelle expérience.

Ce plaisir fondera le sentiment de confiance et de sécurité de l'enfant et lui permettra progressivement *d'anticiper* la satisfaction à venir et donc d'acquérir *la capacité de différer la satisfaction et d'attendre.*

La « désillusion » doit être progressive, et suivre la capacité de l'enfant à compenser sa faiblesse par l'accès à une activité mentale et à une compréhension qui lui permettront de supporter la conscience de sa dépendance. Une « désillusion » trop brutale brise l'expérience de continuité de l'enfant et menace l'organisation de son Moi.

La rupture de la relation satisfaisante avec la mère, apporte un démenti aux capacités d'anticipation qui ne peuvent plus jouer leur rôle sécurisant et « porteur » (au sens où la mère porte initialement son bébé). L'enfant est menacé de désorganisation et redevient totalement dépendant de son entourage. La disparition de cette sécurité interne peut être difficile à réparer. Elle se traduit par l'impossibilité pour l'enfant de se détacher de la présence physique de la mère qu'il agrippe désespérément, et dont tout éloignement provoque l'angoisse, qui aggrave à nouveau l'insécurité interne et crée un enchaînement pathogène.

De nombreux auteurs, dont Winnicott, ont vu dans *ces ruptures relationnelles précoces l'origine de troubles graves de la personnalité* : altérations des fonctions du Moi pouvant conduire aux psychoses; scission entre le développement mental et somatique favorisant les troubles psychosomatiques. En cas de rupture plus tardive et succédant à une période favorable, le sujet peut tenter de *rechercher répétitivement la satisfaction de besoins* liés à cette époque. Quelque chose de bon a existé jusqu'à une certaine date puis s'est retiré. Cela peut conduire le sujet à redemander répétitivement ce qui a été perdu et donner naissance à ce que Winnicott appelle *« la tendance antisociale »* qui regroupe des comportements comme : les mensonges, les vols compulsifs, la délinquance, la toxicomanie et certains troubles des conduites alimentaires. Nous envisagerons plus en détail cette pathologie du développement aux chapitres 4 et 5.

2. – LES RELATIONS MÈRE-ENFANT PEUVENT SE CONCEVOIR COMME UN SYSTÈME D'INTERACTIONS

Les inter-relations familiales réalisent un circuit d'échange complexe et réciproque.

Les échanges se font en effet dans les deux sens et retentissent les uns sur les autres en une interaction en chaîne qui réalise ce que S. Lebovici appelle une **relation transactionnelle** ou en spirale. Elle symbo-

lise la constante interaction qui se joue entre les deux partenaires de la relation objectale pour aboutir à une série d'équilibres toujours remis en question. L'enfant va intérioriser l'attitude de l'objet envers lui. Par exemple, l'enfant se sentira bon, en confiance et sûr de lui parce qu'il sent sa mère bonne, confiante et sûre d'elle-même avec lui. Ce même processus s'applique réciproquement à la mère qui tire sa confiance des expériences réussies de maternage et des gratifications que lui donne son enfant. La qualité de la relation de la mère avec son enfant va dépendre elle-même du caractère plus ou moins réussi de sa relation avec sa propre mère et ainsi de suite.

On peut observer en effet que ce type de relation transactionnelle permet un heureux développement de l'enfant jusqu'au point où la *relation est « parasitée » par la rencontre de conflits* liés à cette étape du développement et non résolus *chez un ou les deux parents.* Il y a alors rupture de la communication, apparition d'un sentiment d'insécurité chez l'enfant avec, en corollaire, surcharge tensionnelle et mise en œuvre de mécanismes de défense. L'expression des conflits des parents peut être sollicitée par la survenue de difficultés particulières ou d'un handicap chez leur enfant, dont ils renforcent les effets (cf. chapitre 3 notamment les notions de contre-investissements et de mécanismes de défense). Comme le précise M. Soule (L. KREISLER, M. FAIN, M. SOULE, *L'enfant et son corps,* P.U.F., 1974) : « Puisque la plus grande part des signaux et des informations qu'elle adresse à son enfant le sont en réaction à ceux qu'elle a reçus de celui-ci, on peut dire que l'enfant devient une sorte de détecteur, de révélateur des conflits intra-psychiques de la mère. »

Yarrow a montré que la capacité d'un enfant à surmonter les frustrations était hautement corrélée avec les caractéristiques suivantes du comportement maternel :

- la quantité de contact physique que la mère avait donné à son enfant,
- le degré d'adéquation des soins de la mère au rythme propre de l'enfant,
- le degré d'efficacité de ses techniques d'apaisement,
- la façon dont elle le stimulait, l'encourageait à répondre socialement, à exprimer ses besoins et à faire des progrès dans son développement,
- la façon dont les informations et les expériences offertes à l'enfant étaient compatibles avec ses capacités personnelles,
- la fréquence et l'intensité d'expression de sentiments positifs envers lui. La plus haute corrélation s'établit avec la capacité de la mère à s'adapter au rythme et au développement de son enfant.

3. – STADES ET MOMENTS ORGANISATEURS

Après la brutale séparation physique de la naissance *les premiers mois de la vie* se caractérisent plutôt par la nécessité de rétablir un contact suffisamment proche entre l'enfant et sa mère :

– physiquement la mère doit savoir créer, par ses soins, le contact chaud et suffisamment stimulant dont son bébé a besoin;

– psychiquement c'est l'appareil psychique de la mère qui supplée celui défaillant de l'enfant. C'est elle qui sait repérer et donner sens aux signaux émis par l'enfant : expressions corporelles, lallations... Grâce à ce repérage et au sens donné par la mère, ils deviennent moyens de communication renforçant l'interaction, pré-langage ouvrant la voie à la symbolisation.

■ ***Le sourire,*** premier organisateur de Spitz, est un bon exemple de cette interaction. Apparaissant entre 2 et 3 mois, il marque, pour Spitz, un début de différenciation de l'objet c'est-à-dire du monde extérieur. Notons qu'il demande alors, pour apparaître, des conditions très spécifiques : il faut que le visage de l'observateur soit de face, qu'il bouge et que ses yeux soient visibles. Ceci montre, une fois de plus, qu'il existe chez l'enfant, comme chez l'animal, des formes pré-établies qui ne peuvent apparaître et se développer que si l'environnement fournit un stimulus susceptible de les déclencher et répondant à des critères précis.

> C'est parce que la mère attribue une valeur de communication aux premières ébauches du sourire, qu'elle en facilite l'apparition chez l'enfant.

Mais le sourire n'est pas seul en cause dans l'établissement de ces premières formes de communication. Ce sera le cas de toutes les activités de la mère avec son bébé : allaitement, bercements, soins corporels... On a pu dire *que la mère transformait par son activité psychique les expériences physiologiques du nourrisson en expériences psychiques.* Qu'il y ait défaillance dans cette fonction et l'on observera un recours brutal et dangereux au langage du corps, révélant une cassure dans la communication entre la mère et son enfant : ce seront *les troubles psychosomatiques du nourrisson.* Pris à temps, la communication rétablie, ils sont susceptibles de régresser facilement (cf. chap. 5 et conclusion).

■ ***L'oralité*** comme modalité préférentielle d'échange libidinal joue classiquement un rôle dominant à ce stade.

On peut la spécifier par deux caractères complémentaires :

– l'un concernant le *plaisir sexuel* qui est lié de façon prépondérante

à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres, qui accompagne l'alimentation;

– l'autre concernant la relation d'objet caractéristique de ce stade et du mode d'organisation libidinale qui lui est spécifique. Elle est spécifiée par l'*incorporation,* c'est-à-dire : manger-être mangé.

La véritable « déviance » du plaisir tiré de l'activité orale par rapport à la fonction instinctuelle, ici la nutrition, est facile à constater. Elle se manifeste par des activités auto-érotiques telles que succion du pouce, véritable activité masturbatoire tardivement prolongée et ses équivalents adultes : fumer, boire, plaisir de manger. On l'observera surtout dans ses déviations pathologiques : troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie), conduites d'addiction (alcoolisme, toxicomanie) (cf. chapitre 4).

a) **L'incorporation.** – L'organisation orale se caractérise donc par un type d'activité pulsionnelle ayant comme source la zone buccale, comme objets ceux qui sont liés à l'alimentation, comme but l'incorporation de ces objets. C'est donc le mode incorporatif qui va définir le type de relation d'objet propre à ce stade. Trois significations sont présentes dans l'incorporation : se donner un plaisir en faisant pénétrer un objet en soi; détruire cet objet; s'assimiler les qualités de cet objet en les conservant au-dedans de soi. C'est ce qui fera donner également le nom de cannibalique à ce stade.

L'incorporation est donc une activité fondamentale, constitutive des bases de la personnalité, dans la mesure où elle est première dans la vie de l'enfant et où elle représente le prototype corporel de mécanismes psychiques plus élaborés : l'introjection et l'identification, eux-mêmes nécessaires à la constitution de notre Moi et de ce qui fait notre individuation.

b) **L'introjection** est l'équivalent, au niveau des processus psychiques, de l'incorporation sur le plan corporel. Le sujet fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. Elle est à la base de l'opposition sujet (Moi) – objet (monde extérieur), qui est elle-même liée à l'opposition plaisir-déplaisir. Le Moi se constitue au départ, avant que ne joue le principe de réalité, par une introjection de tout ce qui est source de plaisir et par un rejet, une projection au-dehors de tout ce qui est occasion de déplaisir. Il veut « ... s'introjecter tout le bon et rejeter de soi tout le mauvais », selon ce processus fondamental lié à la période orale et qui peut se traduire ainsi : « ... Je veux manger cela ou je veux le cracher » (Freud, La dénégation, 1925). En effet le mécanisme de l'introjection est couplé avec son opposé : la *projection,* qui est ce mécanisme psychique par lequel le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, per-

sonne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui.

Si la zone orale est le lieu privilégié de ces mécanismes, notamment de l'incorporation, elle n'est pas la seule.

La relation d'objet de type incorporatif pourra se retrouver en effet au niveau de toutes les zones, sièges d'une forte excitation libidinale à cette période de la vie : la peau, la respiration, la vision et l'audition. On sait en effet que, par exemple, le visage de la mère fait l'objet d'une véritable scrutation visuelle de la part de l'enfant pendant la tétée; de même la voix de la mère semble repérée par l'enfant dès les premières semaines de la vie et jouer par sa tonalité un rôle, apaisant ou stimulant, essentiel. Spitz a appelé « cavité primitive » le couple formé, pendant les premiers mois de la vie, par la bouche et la main. On constate, en effet, simultanément à la tétée, une activité de préhension et de « grasping » des doigts qui disparaîtra par la suite avec la maturation neurologique.

c) **Symbiose et naissance de l'objet**

Les premiers mois de la vie sont donc largement dominés par l'interaction mère-enfant et le dégagement très progressif de la figure maternelle comme objet d'attachement et d'investissement privilégié. L'enfant commence par se confondre en miroir avec cette figure, ne détachant que la nature affective des expériences bonnes ou mauvaises sans pouvoir discriminer ce qui est lui et ce qui est autrui. C'est pourquoi on a pu appeler cette période : anobjectale, symbiotique ou phase de la dyade mère-enfant.

L'*objet* en tant que différencié du sujet, se dégage progressivement et partiellement de la symbiose primitive, vers le milieu de la première année. Ce sont surtout les expériences de frustration et de « désillusion » qui permettent, au fur et à mesure que se détache la figure maternelle, la perception de la non-coïncidence entre les besoins et les désirs de l'enfant et ceux de sa mère. Ce qui a permis de dire que l'objet naîtrait avec la haine (S. Lebovici).

■ L'expérience de ce qu'il est convenu maintenant d'appeler ***« l'angoisse du 8e mois »*** représente un des moments essentiels de cette différenciation : c'est le *deuxième organisateur de Spitz*. C'est en effet autour du 8e mois, avec une variation possible de quelques semaines, qu'apparaît une réaction quasi-constante de l'enfant : il pleure quand il est en présence d'un étranger et quand sa mère s'éloigne.

a) **L'interprétation de cette réaction,** fait d'observation qui n'est pas contesté, a donné lieu à des explications divergentes, qui vont nous permettre d'illustrer les différences de position entre les deux types de

théories évoquées au chapitre 1 : les théories psychanalytiques et les théories comportementales.

Pour Spitz et la majorité des psychanalystes, une telle réaction ne peut être due à la seule peur de l'étranger, qui ne peut être très active, car l'étranger n'a pas été auparavant un facteur de déplaisir. Elle témoigne par contre de la capacité nouvelle de l'enfant de différencier sa mère et de ce fait d'entrer en conflit avec elle. L'angoisse est une angoisse de séparation doublée d'une crainte d'avoir perdu sa mère du fait de l'agressivité de l'enfant et des conflits qu'elle a pu provoquer. En présence de la mère, la crainte de l'étranger traduirait la projection de l'agressivité sur la figure étrangère, afin de protéger la mère et de conserver avec elle une relation parfaitement bonne.

Bowlby, s'appuyant sur les travaux comportementalistes et éthologiques, critique cette position. Il y a pour lui, deux angoisses distinctes : la peur de l'étranger qui existe par elle-même chez l'homme comme chez l'animal, et l'angoisse de séparation, qui n'est qu'une forme du comportement d'attachement : lorsque le contact avec la figure d'attachement ne peut être maintenu, il y a effort pour la retrouver et sensation de déplaisir.

Cependant, l'approche psychanalytique ne permet pas d'exclure aussi radicalement le rôle du monde interne fantasmatique et des conflits d'agressivité dans le déclenchement de cette réaction d'angoisse, et ce même chez un enfant aussi jeune. A la suite notamment des travaux de M. Klein, les psychanalystes pensent que, très tôt, l'enfant a une ébauche de fonctionnement mental où les fantasmes jouent un rôle déjà important. Il y aurait un partage entre fantasmes liés à des expériences de satisfaction et fantasmes liés à des expériences de frustration et d'agressivité. Nous avons vu leur rôle dans les expériences d'introjection et de projection. Il n'y a alors pour l'enfant que deux réalités : la bonne qu'il garde au-dedans de lui et la mauvaise qu'il projette au-dehors. Mais quand l'objet se différencie et existe pour son propre compte, l'enfant réalise que c'est la même figure aimée de la mère qui est alternativement bonne ou mauvaise. Il craint alors de l'avoir endommagée par ses fantasmes agressifs et haineux, et de la perdre.

Peur de l'étranger, comme angoisse de séparation d'avec la mère, auraient ainsi en fait une origine commune : *l'angoisse de la perte de l'objet aimé.* La présence de l'étranger témoigne en effet, de son seul fait, de l'existence possible de différences entre l'enfant et son entourage et donc du caractère inéluctable de la séparation entre lui et son environnement.

La clinique psychopathologique semble bien plaider en faveur de cette dernière hypothèse. En effet, lorsqu'à cet âge, l'enfant adopte une attitude de rejet focalisé sur un attribut de la mère, la nourriture par exemple, il n'y a plus ni angoisse de séparation, ni crainte de l'étranger.

C'est le cas des enfants faisant une anorexie de la première enfance, survenant électivement à cet âge.

Il s'agit d'enfants particulièrement ouverts et familiers avec tout le monde, comme si la focalisation du mauvais sur la nourriture permettait bien de conserver l'image d'une mère uniquement bonne et donc inattaquée. Sa présence physique n'est plus alors nécessaire pour s'assurer de son intégrité. La nourriture, liée bien sûr à la mère, servirait de lieu de déplacement de l'agressivité qui pourrait autrement lui être destinée. Le fait, classique, que la séparation d'avec la mère suffise pour faire disparaître l'anorexie, en serait une preuve. Ce serait donc bien l'amorce d'une relation conflictuelle avec la mère qui serait la cause de l'anxiété caractéristique de cette période et pas seulement la peur de l'étranger ou la perte de la figure d'attachement (L. Kreisler).

Cette étape est particulièrement importante pour l'avenir de l'enfant et significative quant à son mode ultérieur de relation au monde et quant à ses modalités de fonctionnement psychique. En effet :

b) Cette période serait à l'origine de la possibilité pour l'enfant d'accéder à l'**ambivalence,** c'est-à-dire à la capacité de supporter d'être porteur de sentiments bons et mauvais en lui et destinés au même objet, la mère.

> L'excès d'agressivité, quelle qu'en soit l'origine, interne à l'enfant ou due aux réponses inadéquates de l'entourage, empêcherait une telle ambivalence et obligerait l'enfant à recourir à des modalités d'expulsion de l'agressivité et de séparation complète entre le bon et le mauvais, perturbant son contact avec la réalité et affaiblissant sa personnalité, la rendant incapable de supporter le conflit.

La conduite anorexique, citée précédemment, en est un exemple. On peut y voir l'origine de la perturbation précoce de grandes fonctions physiologiques, ainsi que, comme le souligne Winnicott, *la possibilité d'une séparation précoce, d'un clivage, entre le fonctionnement psychique et le corps.* La psyché ne tolérant plus que des sentiments positifs tandis que le conflictuel, l'agressivité se déchargeraient par des voies dérivées et méconnues du sujet, somatiques notamment.

L'accès à l'ambivalence permet à l'enfant *un maniement de l'agressivité,* qui n'est plus synonyme de destruction et de perte. Elle facilite de ce fait les mécanismes d'*intériorisation,* nécessaires aux acquisitions et dont nous avons vu qu'ils comportaient toujours une composante agressive sur le mode oral (cf. également le chapitre 3).

c) L'enfant a désormais accès à ce qu'après M. Klein, on appelle la **position dépressive.** L'enfant réalise désormais, qu'à l'image de sa mère, il est porteur de bonnes et de mauvaises choses à l'intérieur de lui. Il

ne peut plus fonctionner sur le mode manichéen (dit également position schizo-paranoïde) où le bon serait au-dedans de lui et le mauvais au-dehors. Cette position l'amènera par moments à une situation d'anxiété voire de dépression, comme dans le cas de l'angoisse du 8e mois, quand il se sentira dominé par le mauvais et le poids de ses fantasmes agressifs. Ce serait là une des racines de la culpabilité (cf. conclusions de la 1re partie).

d) « **Les mécanismes de réparation** » viendront aider l'enfant à élaborer cette position dépressive et à surmonter le sentiment de culpabilité. Ils représentent pour l'enfant la possibilité de réparer les attaques effectuées contre son environnement, la mère en particulier. Les possibilités réparatrices se renforceraient progressivement, donnant à l'enfant le sentiment qu'il acquiert le pouvoir de retrouver la bonne mère et de se la concilier, surmontant ainsi les conflits et les brouilles qui ont pu surgir. On voit ainsi l'enfant devenir de plus en plus actif à l'égard de sa mère, désirer lui faire plaisir, lui offrir des dons divers et des marques de tendresse. Le jeu et le langage seront bien sûr des facilitateurs puissants de ce mouvement qui ira en s'amplifiant et amènera l'enfant à intérioriser progressivement les interdits de l'entourage.

> Respecter les interdits deviendra alors la meilleure façon de sauvegarder la relation d'amour avec cet entourage. Mais on comprend aisément que l'attitude de ce dernier est fondamentale pour le développement de telles capacités réparatrices. Il devra à la fois en permettre la survenue, en n'évitant pas systématiquement les occasions de conflits et en permettant à l'enfant de repérer ce qui est bon et mauvais, c'est-à-dire ce qui occasionne plaisir ou déplaisir à l'entourage par des règles claires; et, en même temps, savoir reconnaître et apprécier les efforts réparateurs de l'enfant lui permettant d'accroître sa confiance en lui.

■ ***Le stade anal, ou sadique-anal*** chevauche en grande partie le stade précédent, mais ne s'organise vraiment qu'au moment où l'enfant peut exercer un contrôle volontaire de ses sphincters. Il va se caractériser :

– sur le plan du plaisir, par une organisation de la libido sous le primat de la zone érogène anale,

– sur le plan de la relation d'objet, par les significations liées à la fonction de défécation (expulsion-rétention) et à la valeur symbolique des fèces. Il en découle un type de relation dominé par le sado-masochisme, lui-même en relation avec le développement de la maîtrise musculaire.

L'existence d'un érotisme anal est facilement prouvé par les perversions le mettant en jeu mais aussi par le plaisir tiré du fonctionnement

sphinctérien, bien visible chez l'enfant dans la défécation et la rétention des matières fécales.

Un trouble psychogène lui est d'ailleurs relié : l'encoprésie (défécation plus ou moins involontaire, généralement durant l'éveil, indépendante de toute atteinte organique).

Avec ce stade, l'enfant s'est un peu dégagé de sa totale dépendance à l'égard de l'entourage, qui était celle du stade oral. Il s'est perçu comme personne autonome en même temps qu'il reconnaissait l'autre, sa mère en particulier, comme une personne totale, séparée de lui. D'autre part le décalage sensori-moteur, qui caractérisait la première année, s'est comblé, les possibilités de contrôle et d'action musculaire ont rattrapé une partie du retard qui les séparait des possibilités sensorielles.

> L'enfant devra apprendre, en partie sous la pression de l'entourage, à contrôler ses sphincters. Ceci sera l'occasion pour lui d'exercer son nouveau pouvoir, de prendre conscience de ce qui est au-dedans de lui et au-dehors (expulsion-rétention) acquérant par là-même la possibilité de donner ou de garder, c'est-à-dire de se plier à la demande de l'entourage ou de s'y opposer : donner ses matières fécales en cadeau à la mère, au moment et sous la forme où celle-ci le désire, ou les garder pour lui pour les émettre selon son bon plaisir. Corrélativement, il apprendra à dire non, puis à dire oui, celui-là précédant toujours celui-ci.

L'attitude de la mère lors du dressage sphinctérien et face à ce cadeau que représente pour l'enfant ses matières fécales, va être très importante pour la formation du caractère de l'enfant. De là en effet va découler le sentiment, pour ce dernier, d'avoir de bonnes choses appréciées à l'intérieur de lui, que ce qu'il peut donner, et plus tard faire, a de la valeur; de sentir que ces choses sont à lui; ou, au contraire, qu'il n'a pas le droit de les garder et d'en jouir, ou que ces choses qu'« il a dans le ventre » sont sans valeur, voire dégoûtantes. C'est aussi le moment de l'apparition du « je » perçu différent du « tu » et de la formation du monde symbolique lié à l'apprentissage des mots qui devront être incorporés par l'enfant, gardés et utilisés sur un mode anal, leur manipulation interne se faisant sur le mode de la rétention fécale. On comprend aisément que tout traumatisme et fixation importante à ce stade risquent d'en perturber l'apprentissage et le maniement.

Freud a pu mettre en évidence, par l'analyse, comment les activités de don et de refus à ce stade conduisaient aux équivalences symboliques fèces = cadeau = argent. Équivalences qui étaient précédées de celles du sein ou de la nourriture et qui seront suivies de celles du pénis et de l'enfant. Sur le plan du caractère, les fixations liées à cette période se traduiront par de nombreux traits que nous envisagerons au chapitre 3.

■ Le troisième organisateur est ***l'acquisition du non.*** L'enfant va emprunter à l'âge adulte, vers l'âge de 15 mois, le geste puis le mot « non » : « le non de l'objet libidinal inflige une frustration à l'enfant et produit un déplaisir. En conséquence le non se dépose comme trace de mémoire dans le système mnésique du Moi, le non est un moyen employé pour exprimer l'agression... contre l'objet frustrant » (Spitz, « Le non et le oui »).

Se soumettre au « non » d'autrui puis réaliser activement le même geste est une source de plaisir comparable à celle du jeu. Il est à noter que les mots, en ce début du langage, sont identifiés aux choses qu'ils signifient, prenant la place de ces choses. Les retenir ou les lâcher, c'est garder ou perdre la chose elle-même, d'où une manipulation magique du langage que l'on retrouve dans la superstition et dans certains troubles psychopathologiques (névrose obsessionnelle, schizophrénie). Le non représente donc la capacité de poser l'existence de l'objet absent, naissance de l'abstraction et de l'activité symbolique, permettant l'entrée véritable de l'enfant dans l'univers social de la langue et de la culture, qui vont désormais constituer l'influence dominante.

4. – LES MOYENS DE L'INTERACTION ENTRE L'ENFANT ET SON ENVIRONNEMENT

Ils sont bien sûr innombrables : ce sont tous les gestes de la vie quotidienne. Notre intention n'est pas d'en faire une énumération, mais d'insister sur les plus importants d'entre eux, repérables pour tout soignant et sur le bon déroulement desquels il lui sera possible de veiller. *Les soins corporels* sont sans aucun doute les premiers d'entre eux. Nous venons d'en souligner l'importance. Nous prendrons en compte ici : le jeu et la parole.

■ ***Le jeu*** est un moment particulièrement fécond de cette interaction mère-enfant. Tout comme le langage, mais avant lui et préparant son avènement, *il permet un début d'autonomisation de l'enfant en lui donnant un rôle actif.* Il indique une ébauche du mouvement d'intériorisation des conduites relationnelles entre lui et son entourage.

Le jeu sera tout à la fois :

– **don de la part de l'entourage,** particulièrement la mère, qui assure, au travers des jouets, la permanence de sa présence auprès de son enfant. Les jouets vont donc véhiculer toute la modalité relationnelle de la mère à l'enfant : le choix des jouets, la façon de se comporter avec eux, reflètent l'inconscient de la mère. Il va en être de même de la tolérance et de l'intérêt dont elle va faire preuve à l'égard des jeux de son enfant. Erickson, dans « Enfance et Société », montre l'importance des

attitudes des adultes et de leurs sentiments profonds à l'égard du jeu de l'enfant. Le jeu n'aura de valeur dans l'acquisition du sens social et dans le processus de valorisation et de confiance en soi de l'enfant que s'il n'est pas méprisé par l'adulte,

– **expression de l'inconscient** de l'enfant et **mise en acte de ses fantasmes** sous une forme plus ou moins déformée pour répondre aux exigences de la censure. Comme un rêve, il cache un sens latent derrière le sens manifeste et peut se prêter à l'activité interprétative. C'est ce qui explique son utilisation préférentielle dans la psychanalyse des enfants.

– Mais, plus encore, il représente une **activité de maîtrise** de l'environnement par l'enfant, objets et situations, et de son monde intérieur. L'enfant, au lieu de subir passivement une situation traumatisante, dont le prototype est l'absence de sa mère, renverse la situation et provoque, volontairement, une séparation d'avec le jouet sur laquelle cette fois il peut avoir prise.

Ce dernier processus est fondamental, car il est à la base d'une forme d'identification, l'**identification à l'agresseur** où le sujet frustré prend la place du sujet frustrant, situation que l'on trouve très fréquemment agie dans les jeux : battre sa poupée, jeu du docteur...

Cette fonction du jeu, comme maîtrise de l'absence et transformation de la passivité en activité et son lien étroit avec la fonction du langage, ont été magistralement décrits par Freud dans un passage célèbre de son essai : « Au-delà du principe de plaisir » où il décrit le jeu de la bobine auquel se livre son petit-fils en l'absence de sa mère.

■ ***Les « phénomènes transitionnels ».*** – Winnicott va introduire une conception originale de cet espace du jeu, intermédiaire entre l'enfant et la mère, et permettant au premier d'élaborer la séparation d'avec celle-ci : ce sera la description de « l'objet transitionnel » et des « phénomènes transitionnels ».

Sur le plan de la description clinique, Winnicott met en évidence un comportement souvent observé chez l'enfant et le désigne comme relation à l'objet transitionnel. Il est fréquent de voir l'enfant, entre 4 et 12 mois, s'attacher à un objet particulier, tel qu'un morceau de laine, le coin d'une couverture ou d'un édredon, etc. qu'il suçote, serre contre lui et qui s'avère particulièrement indispensable au moment de l'endormissement.

L'objet transitionnel constitue à la fois « une partie presque inséparable de l'enfant », se distinguant en cela du futur jouet qui est perçu comme tout à fait séparé, mais il est aussi la première « possession de quelque chose qui n'est pas moi ». La relation à l'objet transitionnel est donc à mi-chemin entre le subjectif et l'objectif : « De notre point de

vue, l'objet vient de l'extérieur, mais l'enfant ne le conçoit pas ainsi. Il ne vient pas non plus de l'intérieur : ce n'est pas une hallucination. » *Il se situe donc entre l'expérience de satisfaction hallucinatoire du désir et l'épreuve de réalité, permettant le passage de l'une à l'autre.*

Au cours du développement normal, il ne devient pas interne, cependant que le sentiment qui s'y rapporte n'est pas nécessairement refoulé. Il n'est pas oublié et l'enfant n'en porte pas le deuil. Il perd sa signification tout simplement parce que les phénomènes transitionnels diffusent et se répandent sur tout le territoire intermédiaire qui sépare la réalité intérieure du monde extérieur. En d'autres termes, *les phénomènes transitionnels recouvrent tout le domaine de la culture.* Ils appartiennent au domaine de l'illusion : « Ce champ intermédiaire d'expériences dont il n'a à justifier l'appartenance ni à la réalité intérieure ni à la réalité extérieure (et partagée), constitue la part la plus importante de l'expérience de l'enfant. Il va se prolonger tout au long de la vie dans l'expérience intense qui appartient au domaine des arts, de la religion, de la vie imaginative, de la création scientifique. » Mais l'objet transitionnel peut aussi réapparaître plus tard sous la forme primitive, notamment à l'approche d'une phase de dépression.

> Winnicott fait de l'objet transitionnel l'origine de l'activité symbolique. Le développement du fonctionnement mental remplacera progressivement la bonne mère et l'objet transitionnel : le fonctionnement mental devient une chose en soi, qui remplace pratiquement la bonne mère et ne la rend plus nécessaire.

L'accès aux objets transitionnels, puis à l'espace du jeu, est donc un temps essentiel du processus de séparation-individuation de l'enfant. C'est par leur intermédiaire qu'il va pouvoir maîtriser la séparation d'avec l'objet aimé, s'introduire au niveau symbolique et créer un espace psychique, où viendront s'articuler les phénomènes venus de l'inconscient, liés à la vie pulsionnelle et ceux venus de la réalité extérieure. Nous verrons plus tard l'importance en psychopathologie de cet espace psychique tampon, protecteur du Moi, auquel doit répondre cet espace lié au domaine de l'illusion dont parle Winnicott et dont nous venons de voir les contours possibles. Il viendra, la vie durant, occuper la place laissée vacante par la disparition de l'objet permettant à la fois de nous protéger de la dépression et de nous rendre plus indépendants des autres et de la nécessité de leurs présences réelles.

Les troubles relationnels intervenant à cette époque de la 2e et 3e année de la vie de l'enfant, risquent de perturber sérieusement l'élaboration de son autonomie et de son fonctionnement mental. Ces troubles peuvent se voir de façon particulièrement nette dans les perturbations du jeu et on peut schématiquement opposer l'enfant qui joue et celui

qui a des activités qui restent purement auto-érotiques et centrées sur son corps. L'un est ouvert sur des possibilités venues de l'extérieur, il pénètre déjà dans le processus de la triangulation qui le conduira à l'Œdipe et qui est celui de la symbolisation. L'autre se maintient dans un mode d'expression directement corporel sans médiatisation du fantasme. Le premier enfant peut s'engager rapidement dans le monde du langage, le second reste longtemps dans l'action dont il aura du mal à se dégager, restant alors particulièrement tributaire de son environnement.

■ ***La parole*** est étroitement associée aux échanges corporels qu'elle accompagne quasi constamment. Si l'enfant n'en a l'usage et la maîtrise qu'assez tardivement, il est élevé dès sa naissance dans *un bain de paroles* dont il se nourrit. Paroles venant de l'ensemble de l'entourage mais, avant tout, de la personne la plus signifiante, la mère, dont l'enfant apprend rapidement à reconnaître les intonations. La parole maternelle devient un point de repère, intimement associé aux expériences de plaisir ou de déplaisir qui l'accompagnent. Si c'est le plaisir qui domine, la parole de la mère constitue un puissant stimulant à l'expressivité vocale de l'enfant dont les vocalises et lallations sont déjà un langage du fait de cet échange et du sens que leur donne la mère. Ils sont la base indispensable sur laquelle s'édifiera l'apprentissage de la parole.

La parole de la mère va donc jouer un rôle essentiel :
- par son effet de stimulation sur le bébé,
- par le sens qu'elle donne aux messages informes du bébé,
- par son pouvoir de nommer les expériences indicibles du bébé.

Ce pouvoir de nomination des émois encore confus et vagues de l'enfant, de décrire en paroles ce qui est supposé de son vécu corporel intime, de ses sensations agréables ou désagréables, est indispensable au développement psychique de l'enfant et à son individuation, mais représente de ce fait, une responsabilité considérable. La mère a en effet le pouvoir d'imposer ses propres émois à la place de ceux ressentis par l'enfant, qui se trouvent disqualifiés; elle peut aussi lui transmettre ses angoisses, son affolement, l'enfermer dans des messages contradictoires ou paradoxaux. Ses incitations peuvent être excessives, surstimulant l'enfant, dont la précocité du développement intellectuel peut se faire au détriment de ses besoins affectifs, le coupant de ses racines corporelles et émotionnelles, amenant un développement superficiel ne reposant pas sur une base solide, ni sur un sentiment de confiance et de sécurité. La mère peut, au contraire, agir par omission, l'absence d'échanges verbaux constituant un véritable acte par ses conséquences sur l'enfant qu'elle laisse dans l'impossibilité d'organiser son vécu et de lui donner

sens. Son développement en sera appauvri, la passivité ou la violence et l'inorganisation de ses réactions émotives ne permettront pas une modulation nuancée et enrichissante de son vécu relationnel.

> Donner à l'enfant la possibilité d'exprimer en paroles ses émotions et ses sensations corporelles, c'est lui permettre de les connaître, de les enrichir par les nuances introduites, de leur donner un sens relationnel et de les contrôler, c'est-à-dire de les moduler selon son désir et son intérêt. C'est, enfin, l'ouvrir au monde social, la parole étant ce qui, au travers de la mère et du lien affectif noué avec elle, vient de l'ensemble du corps social et de la culture à laquelle elle appartient.

C'est donc, pour l'enfant, *une ouverture à la liberté* en ce qu'elle introduit un tiers entre l'enfant et sa mère et donne le moyen de sortir de la relation duelle de captation mutuelle. On comprend aisément que la problématique propre de la mère intervienne massivement. Ses conflits, ses gênes et dégoûts, vont jouer un rôle déterminant sur ce qu'elle va pouvoir nommer ou pas. Ses silences, ses évitements systématiques, auront en négatif une valeur répulsive et attractive pour l'enfant, constituant une zone d'ombre marquant un territoire défendu tout aussi nettement que celui indiqué par les attraits et les goûts de la mère.

5. - LES ÉTAPES ET LES MODALITÉS DE L'INTERACTION MÈRE-ENFANT CONSTITUENT AUTANT D'INDICATEURS DU DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Ces indicateurs, tout médecin et tout soignant susceptibles de s'occuper des mères ou des enfants, doit les connaître car :

> - ils permettent une action préventive souvent simple et brève à cette époque où les comportements sont rapidement modifiables, évitant le déclenchement du cycle des interactions pathogènes,
> - ils permettent de comprendre bien des traits de caractère et des modalités de relation des adultes, facilitant ainsi une réponse plus adaptée des soignants.

Ceci est d'autant plus important que des difficultés relationnelles entre mère et enfant sont rarement exprimées et reconnues comme telles. Ce sera le plus souvent *le corps qui sera mis en avant :* que ce soit le corps de l'enfant, troubles des fonctions physiologiques : appétit, sommeil, maladies à répétition, « nervosité », ou le corps de la mère, fatigue, insomnie, irritabilité, douleurs diverses. Le danger est grand de voir le médecin répondre au seul niveau symptômatique, étouffant une

demande qui aurait pu être verbalisée, et laissant se pérenniser une perturbation relationnelle pathogène,

Avec ce danger supplémentaire qu'introduit une réponse par la seule prescription de médicaments, court-circuitant la perception des difficultés et leur élaboration, habituant le sujet :
- à ce que ses protestations, par le biais des symptômes, ne soient pas entendues,
- à ne pas supporter les tensions,
- et à ce que celles-ci trouvent immédiatement un apaisement artificiel par le biais des satisfactions orales, favorisant la fixation à cette modalité d'échange. L'apaisement biologique est préféré à la compréhension par le langage, le gavage oral à l'échange affectif parlé.

La mère est ainsi :
- dispensatrice des soins nécessaires à la survie et au développement de l'enfant,
- fondatrice du sentiment de continuité de l'enfant, de son « self » au sens de Winnicott, par sa propre continuité de présence, et fondatrice du sentiment de confiance par la qualité de ses réponses,
- pourvoyeuse de sens en investissant d'un sens qui lui est propre, et qui reflète son monde intérieur, les premiers comportements et manifestations de l'enfant,
- auxiliaire de l'appareil psychique de son enfant qu'elle supplée en de nombreuses occasions, exerçant un rôle de pare-excitation le protégeant des effets des traumatismes,
- condition de l'indépendance future de l'enfant, en sachant adapter ses réponses aux demandes de celui-ci, en lui laissant prendre une autonomie graduellement croissante et en l'ouvrant à la dimension du langage et de la vie sociale,
- unificatrice des pulsions : en particulier amour et haine lors de sa reconnaissance comme objet total par l'enfant,
- séductrice de son enfant, en contribuant à « pervertir » ses soins, c'est-à-dire à les détourner de leur fonction de satisfaction des besoins, pour ouvrir l'enfant à la dimension du plaisir et de l'échange érotique : « ... car c'est réellement la mère qui a nécessairement provoqué, et peut-être même éveillé, dans les organes génitaux, les premières sensations de plaisirs en donnant à l'enfant ses soins corporels » (Freud, *Nouvelles conférences de psychanalyse*).

Cette séduction, indispensable pour ouvrir l'enfant à la dimension du plaisir, peut lui permettre une expression pulsionnelle et le motiver dans ses activités, mais peut également être une source de conflits et de troubles dans tous les domaines où elle s'exercera : alimentation, sommeil, contrôles sphinctériens, fonctionnement intellectuel et tous les apprentissages...

On comprend aisément de quel poids va peser durant toute la vie l'image maternelle et la force d'attraction qu'elle exercera. Trouver l'objet sera toujours le retrouver, a pu dire Freud, c'est-à-dire en fait tenter de retrouver dans la réalité externe les expériences de satisfactions que nous avons mémorisées depuis nos origines. Mais, à la mesure même de l'attraction qu'elle exerce, la figure maternelle sera susceptible de provoquer des réactions de crainte, voire de répulsion par ce qu'elle représente de risque de régression, d'engloutissement et de perte d'une individuation si difficilement acquise.

D. – L'OUVERTURE A LA SOCIALISATION

Elle n'apparaît pas, bien sûr, brutalement, quand l'enfant atteint ses trois ans, et qu'il entre à l'école maternelle. Elle est implicitement contenue et préparée dans, et par, la relation de la mère avec son enfant; notamment par la place occupée par les autres, et particulièrement le père, dans la vie fantasmatique de la mère.

■ ***L'effet traumatique de la perception de la différence.*** – La véritable socialisation apparaît quand l'enfant est capable de reconnaître dans l'autre quelqu'un de différent de lui-même et de sa mère, c'est-à-dire quand il accède à la perception de la différence qui vient s'articuler à ces *deux réalités majeures de la vie sociale, fondatrices de la culture :*

- la différence des générations,
- la différence des sexes.

Cette apparente évidence des différences pour un adulte représente, pour un enfant, quand il la réalise, *un véritable traumatisme* au sens psychologique, c'est-à-dire l'imposition brutale d'une réalité qu'il n'a pas, pour le moment, les moyens de comprendre et qui dépasse ses possibilités d'élaboration, devenant la source d'une excitation dont il sera obligé de se protéger. Nous en avons vu les premiers effets avec l'angoisse du 8^{e} mois quand l'enfant se découvre différent de sa mère.

L'intensité de ce vécu traumatique va être fonction de l'importance des conflits des phases antérieures, auxquels ces différences, notamment celle des sexes, vont fournir une sorte de cristallisation sur laquelle va se focaliser l'angoisse. Garçons comme filles vont percevoir un seul organe sexuel, le pénis, et une seule alternative possible, l'avoir ou être châtré. On voit qu'ici l'opposition n'est pas entre les deux termes dési-

gnant deux réalités anatomiques, comme le sont le pénis ou le vagin, mais entre la présence, ou l'absence, d'un seul terme. Le fait fondamental est que l'organe mâle est vécu par l'un et l'autre sexe comme un objet partiel, détachable du reste du corps et susceptible de circuler d'une personne à une autre.

■ ***Le complexe de castration*** va se fonder sur ce fait et se manifester par : l'angoisse chez le garçon d'être comme la fille, châtré et privé de son pénis; le sentiment chez la fille de ne pas avoir été dotée par la mère d'un pénis avec *envie du pénis* du garçon et corrélativement revendication à l'égard de cette mère vécue comme frustrante et attachement au père dans l'attente qu'il lui donne l'enfant qui remplacera le pénis manquant. On voit que le pénis reprend les équivalents symboliques précédents : sein = fèces = cadeau = pénis = enfant, tandis que l'alternative, avoir le pénis ou être châtré, remplace celle du stade précédent : activité-passivité. L'importance de cette alternative comme prototype de toute différence ultérieure et la valeur du symbole de puissance attribuée au pénis ont fait dénommer cette période stade phallique, le phallus, dans l'antiquité gréco-romaine, étant la représentation figurée de l'organe mâle.

■ ***Le stade phallique.*** – A ce stade, le plaisir s'organise préférentiellement par excitation des muqueuses génitales, péniennes chez l'homme, clitoridiennes chez la femme, le clitoris pouvant être vécu comme un petit pénis. La masturbation va être déterminante pour les orientations sexuelles futures de par la liaison qu'elle permet entre apaisement de l'excitation et représentations mentales qui lui sont liées. Elle peut s'associer également à un plaisir uréthral lié au fait d'uriner et à la rétention vésicale. L'émission d'urines, par sa liaison avec le pénis, le plaisir spécifique qui lui est lié, le flot abondant qu'elle provoque, permet la jonction d'un plaisir érotique, de satisfactions agressives (fantasmes d'inondation, noyades, dilacération) et d'un sentiment de puissance. Fantasmes que l'on retrouvera plus ou moins combinés et agissant dans l'énurésie (émission involontaire d'urines chez l'enfant essentiellement pendant le sommeil).

La relation d'objet à ce stade va être marquée par la dialectique « avoir-ne pas avoir », c'est-à-dire que les objets seront investis essentiellement en raison de leur valeur phallique et comporteront donc une importante charge narcissique. Ils sont vécus en effet avant tout comme des équivalents possibles du pénis et en fonction de la valorisation qu'ils sont susceptibles d'apporter au sujet. Cet investissement narcissique du pénis peut se déplacer sur le sujet lui-même dans sa totalité ou sur une autre partie de lui.

La signification de la phase phallique chez la fille a donné lieu à de nombreuses discussions. Beaucoup d'auteurs dénoncent comme un fait

culturel secondaire le primat accordé par Freud à l'envie du pénis et sa conception d'une sexualité féminine sur le modèle de celle de l'homme. De nombreux psychanalystes (notamment K. Horney, M. Klein, E. Jones) pensent que le vagin intervient précocement dans la sexualité de la petite fille qui en possèderait une connaissance intuitive. L'organisation phallique et l'envie du pénis n'interviendraient que plus tardivement et de façon défensive. On peut en rapprocher également la mise en évidence de fantasmes de désirs de grossesse chez l'homme et son envie du ventre féminin et de la fécondité qui lui est associée. Néanmoins, l'influence de l'organisation libidinale anale et des fantasmes qui lui sont attachés semble prépondérante dans ce dernier cas.

■ ***Le complexe d'Œdipe.*** – C'est durant cette phase phallique que va apparaître et se structurer un des temps essentiels dans la formation de la personnalité et l'orientation du désir humain : *le complexe d'Œdipe.*

Les psychanalystes entendent par complexe d'Œdipe l'ensemble des désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents. Il comporte deux formes : *l'une positive* faite du désir sexuel pour le parent du sexe opposé et d'un désir de mort pour le parent du même sexe; *l'autre, négative,* faite d'amour pour le parent de même sexe et de jalousie à l'égard du parent de sexe opposé. Les deux formes sont généralement intriquées dans des proportions qui varient avec l'âge et avec l'histoire individuelle de chacun. A son acmé entre 3 et 5 ans, il sera beaucoup moins agissant durant la phase de latence, mais connaîtra à la puberté une nette reviviscence (cf. pages suivantes).

Pour les psychanalystes, **le complexe d'Œdipe joue un rôle organisateur essentiel de la vie affective et de la formation de la personnalité.** En effet :

– *en permettant la triangulation,* il sort l'enfant de sa relation duelle avec sa mère, relation dont nous avons vu que l'enfant devait se dégager progressivement sous peine de rester dans une relation en miroir de parasitisme et de captation mutuelle. En désignant le père comme objet de son amour et de son intérêt, la mère offre la possibilité d'un modèle autre qu'elle-même et qui soit en même temps acceptable pour l'enfant puisqu'aimé par la mère et ainsi ne l'éloignant pas trop d'elle,

– *il ouvre ainsi à l'enfant la possibilité d'identifications nuancées,* où les traits de l'un ou de l'autre des parents, malgré leurs différences, deviennent conciliables, du fait du lien entre les parents. Ouvrir l'accès à la différence et à la pluralité, c'est permettre à l'enfant d'être lui-même différent. C'est la liberté possible à l'opposé de l'amour captateur où l'autre se réduirait à n'être que l'image de soi,

– *il permet une meilleure distribution de l'amour et de la haine,* les rendant tolérables car répartis sur les deux parents et, de ce fait, plus conciliables. Si la mère restait le seul objet d'amour, les manifestations agressives contre elle deviendraient difficiles, très angoissantes, l'enfant risquant de perdre tout appui. La pathologie nous enseigne alors que les seuls moyens restant à l'enfant sont de retourner cette agressivité contre lui, ou de la déplacer sur tout ce qui n'est pas la mère, qu'il lui devient impossible de quitter. Dans les deux cas, les conséquences en sont néfastes.

La « résolution » du complexe ouvre la voie aux identifications, en particulier au parent du même sexe, mais passe par le renoncement à la satisfaction sexuelle avec le parent de sexe opposé. Elle s'appuie donc sur *l'interdit de l'inceste.* L'évolution est généralement beaucoup plus nette chez le garçon que chez la fille. Pour le garçon, en effet, la menace de castration l'amène à renoncer à l'objet incestueux. Sa transgression de l'interdit conduit à la tragédie comme l'illustre Œdipe-Roi (mais aussi la plupart des drames littéraires) qui montre Œdipe, dans l'ignorance de sa filiation réelle (équivalent du refoulement) tuant son père et épousant sa mère. Sa faute rejaillit sur la cité, victime de fléaux. Voulant châtier le coupable, il recherche la vérité et, la découvrant, il s'isole et se crève les yeux (castration).

Pour la fille, obtenir en cadeau un enfant du père, est une façon de remplacer le pénis manquant. La menace de châtiment n'aura donc pas le même impact narcissique que pour le garçon. Elle pourra cependant jouer, venant de la mère, par les interdits et les menaces portant sur l'enfant : qu'elle n'a pas le droit d'avoir, qui sera malformé... ou portant sur des objets de déplacement, réussite sociale, intellectuelle...

Le complexe d'Œdipe a donné lieu à de nombreuses controverses quant à sa constance et son universalité :

– On a pu mettre l'accent sur l'impact des premières relations et tout spécialement sur celui de la relation duelle entre la mère et son enfant. Mais nous voyons que le complexe d'Œdipe, loin de les nier, tire son importance de l'issue qu'il offre à ces relations primaires. D'autre part nous avons eu l'occasion d'insister sur le fait que la situation œdipienne préexiste en fait à la naissance de l'enfant, par la place qu'occupe le personnage tiers dans les fantasmes de chaque parent.

– On a également mis en avant l'existence de civilisations où le père n'a qu'une fonction reproductive mais aucune fonction répressive pouvant concrétiser la menace de castration (Malinovski et l'École Culturaliste Américaine). Mais, en fait, il existe toujours dans toute société, une instance interdictrice qui vient trianguler la relation maternelle et poser une limite au désir (c'est, dans certaines sociétés, par exemple, le frère de la mère).

La prohibition de l'inceste semble bien être une constante de toute société humaine. Elle constituerait pour un anthropologue comme Lévi-Strauss : « La démarche fondamentale grâce à laquelle, mais surtout en laquelle, s'accomplit le passage de la nature à la culture. »

On a pu voir dans la permanence et la force de l'interdit de l'inceste, un effet dérivé de l'angoisse inspirée par le fantasme de retour dans le ventre maternel. Nous avons vu que l'enfant ne se distingue que très progressivement du milieu environnant, représenté avant tout par la mère, et qu'il vit, rétrospectivement, cette période de fusion et d'indistinction mère-enfant comme quelque chose détruisant son unité fraîchement conquise, et donc de délabrant, de morcelant, à l'image même de la perception nouvelle de son sadisme oral ou anal : fantasmes de dévoration, éclatement, morcellement, retrouvés dans les rêves, les états psychotiques aigus, les contes d'enfants (loups, sorcières, ogres...). Retour au ventre maternel d'autant plus redouté qu'une force nous pousse à retrouver les expériences bonnes rattachées à cette époque : protection, chaleur, évitement de tout conflit, milieu répondant à toutes nos exigences de satisfaction... Une telle thèse pourrait s'appuyer sur le fait aisément constatable que l'inceste mère-fils est très exceptionnel et s'accompagne le plus souvent de « folie », alors que l'inceste père-fille n'est pas rare et est beaucoup mieux toléré.

Cependant, comme toute loi, l'interdiction de l'inceste admet et suscite des transgressions qui représentent des retours du refoulé. Transgressions qui peuvent être le fait d'individus, mais qui peuvent être organisées culturellement par une société. Elles donnent lieu alors à une ritualisation, voire à une sacralisation, qui en expriment le caractère exceptionnel. C'est ainsi par exemple que certaines tribus africaines, où l'inceste comme partout est prohibé, font un devoir aux familles royales de le pratiquer. L'obligation de l'inceste peut ici être comparée à une formation de compromis. Le carnaval et sa licence sont l'exemple de cette forme d'exutoire pulsionnel que toute société est obligée d'inventer, la ritualisation en garantissant le contrôle.

> Soulignons cependant, dès à présent, que si l'attitude des parents n'est pas par elle-même constitutive du complexe d'Œdipe de leurs enfants, ils n'en jouent pas moins un rôle important. Rôle qui ne se situe pas tant au niveau de leurs conduites manifestes, mais au niveau de leur organisation fantasmatique et de leur propre complexe d'Œdipe. Chacun d'entre nous, en devenant père ou mère, est en effet amené à revivre peu ou prou ses relations avec ses parents. C'est donc les interdits des grands-parents qui seront les plus agissants au niveau des enfants.

■ ***La scène primitive.*** – Le reflet des angoisses et conflits de chaque stade se retrouve, retranscrit avec netteté, dans la conception que se fait

l'enfant des relations sexuelles entre les parents. Celles-ci se trouvent organisées dans un scénario fantasmatique appelé *scène primitive*, construit à partir de scènes surprises entre les parents ou d'éléments divers tirés du réel : bruits nocturnes, coït animal... Son évocation, accompagnant souvent la masturbation, provoque une grande excitation sexuelle chez l'enfant et entraîne son refoulement. D'autant que, d'une part, elle suscite généralement un sentiment dépressif de l'enfant qui se perçoit exclu de la relation parentale et seul; d'autre part elle est imaginée par lui en fonction de ses fantasmes pré-génitaux, comme un acte violent, où le sadisme a une large part. L'enfant l'interprète souvent comme une violence de la part du père sous la forme généralement d'un coït anal (ignorance du vagin) mais aussi comme un acte dangereux pour le pénis qui disparaît au cours du coït et qui risque d'être arraché par la mère sur le mode de rétention anal du bol fécal (fantasme que l'on pourra retrouver agissant dans la constipation) ou de l'incorporation orale (pouvant donner naissance aux représentations du vagin denté. cf. les statuettes de peuplades primitives).

L'enfant est amené à prendre tour à tour la position des différents protagonistes de la scène, voire à se situer comme un spectateur dans une position voyeuriste, ou même à se *vivre* comme l'objet partiel, le pénis, échangé entre les deux partenaires (position retrouvée généralement dans la psychose). On comprend que tout vécu trop agressif et sadique de cette scène, en fonction de ses expériences antérieures prégénitales, l'empêchera de s'identifier à un des partenaires dont la position est ressentie par lui comme meurtrière. Il ne pourra que refouler cette scène et éviter toute confrontation à un rôle sexuel, ce qui se traduira, après la puberté, par des difficultés voire une impossibilité de choix de partenaires, voire de pratique sexuelle.

Dans ce cas, le complexe d'Œdipe ne pourra être dépassé et provoquera une régression à un mode de relation aux objets caractéristiques des stades antérieurs.

■ ***La fratrie.*** – Une fois dépassé et surmonté le conflit inhérent au complexe d'Œdipe, l'enfant, mieux assuré dans son identité, peut abandonner sa mère comme intérêt primordial et s'ouvrir à la socialisation et à la camaraderie.

Disons quelques mots du rôle souvent capital de la fratrie, notamment du fait de l'intensité des conflits qui s'y révèlent.

La fratrie, ensemble des frères et sœurs, va être l'objet d'un double mouvement d'investissement. Les uns seront spécifiques de cette fratrie et avant tout liés à des relations de rivalité et de jalousie; les autres seront des déplacements d'investissements primitivement destinés aux parents et reportés dans un but défensif sur la fratrie : déplacement de la rivalité œdipienne ou des sentiments amoureux d'un des parents sur

le frère ou la sœur aînés; investissement maternel d'un petit frère ou d'une petite sœur; identification à un plus jeune par régression devant l'agressivité et les fantasmes de meurtre à l'encontre de ce puiné, à la fois objet des soins attentifs des parents et témoin de leur union, laissant les aînés dans leur solitude.

Il n'est pas rare qu'*un des membres de la fratrie joue pour un autre le rôle d'un double, d'un complément narcissique,* évitant à ce dernier la confrontation avec le problème de la différence des sexes et de l'identité, c'est-à-dire avec le complexe d'Œdipe. Le tandem peut durer longtemps mais sa rupture, notamment à l'adolescence, peut avoir des conséquences graves pour l'un d'entre eux.

■ ***La période de latence.*** – Après 6 ans, l'enfant entre dans ce qu'il est convenu d'appeler : la période de latence.

Elle va se caractériser par un double mouvement :

– l'un de *refoulement* de la sexualité infantile avec une amnésie portant sur les expériences des premières années,

– l'autre, de *renforcement des acquisitions du Moi* et de ses liens sociaux.

Les deux mouvements simultanés ont comme conséquence une diminution des activités sexuelles et un accroissement des mesures défensives du Moi. On va ainsi assister à une desexualisation des relations d'objet et des sentiments avec prévalence de la tendresse sur les désirs sexuels, développement de l'amitié et des jeux sociaux, et à l'apparition des formations de compromis comme la pudeur, le dégoût, tandis que s'épanouissent aspirations morales, esthétiques et sociales. Quant aux relations d'amour aux parents, elles ont tendance à se transformer en identifications.

Le rôle de l'*amnésie infantile* est important puisqu'elle est à l'origine d'un véritable fait de civilisation : le refus par les adultes de voir la sexualité de leurs enfants. Tel un nouveau Œdipe, le petit enfant, à l'entrée dans la période de latence, se crève symboliquement les yeux pour ne plus voir ce qui a été la cause de ses tourments et conflits précédents. Cette cécité psychique va le suivre et souvent se renforcer après la puberté, expliquant le refus par les adultes de prendre en compte ce qui est pourtant évident : l'existence d'une sexualité infantile que reflète le comportement des enfants : masturbation, jeux sexuels, rêves, angoisses, ainsi que leur curiosité sur tout ce qui touche le corps et la sexualité comme le traduisent leurs questions spontanées à ce sujet. Il fallait, et il faut toujours, tout le poids du refoulement de l'adulte pour ne pas les entendre ou n'y voir que naïveté et croire encore à « l'heureuse innocence » de l'enfant. Ce scotome (point aveugle), effet du refoulement de ce qui en nous est encore conflictuel, est le prototype de ce que nous

ne pourrons pas percevoir ou de ce qui provoquera nos réactions défensives quand nous rencontrerons dans la relation avec le malade un écho de nos propres difficultés.

Néanmoins, *ce temps de latence avec son corollaire, le refoulement, est un temps non seulement inévitable mais nécessaire.* C'est en effet grâce à lui et au répit qu'il accorde au Moi que celui-ci peut développer ses acquisitions (période de scolarisation) et sa socialisation, lui permettant de sortir du cadre familial et de se renforcer avant la nouvelle période conflictuelle que représente la puberté. C'est souvent son insuffisance avec retour pulsionnel, ou renforcement des contre-investissements, qui vient gêner l'enfant, l'handicapant au niveau de sa scolarité, facteur de troubles du comportement ou d'inhibition. A l'inverse, l'excès de refoulement coupe l'enfant de ses sources pulsionnelles et de ses premières expériences, amputant sa vie mentale et contribuant à l'appauvrir.

E – L'ADOLESCENCE – DEUXIÈME ÉTAPE DU PROCESSUS DE SÉPARATION-INDIVIDUATION

L'adolescence représente une étape cruciale dans le développement de chaque homme, pierre de touche de l'équilibre de sa personnalité.

> L'adolescent va devoir quitter ses parents et le monde de son enfance, c'est-à-dire faire leur deuil, pour assumer sa nouvelle identité d'adulte, concrétisée en particulier par l'affirmation de son identité sexuelle avec accès concomitant à une vie sexuelle génitale.

C'est d'ailleurs la poussée hormonale sexuelle qui constitue le moteur de ces transformations en achevant la maturation physique de l'enfant, et en le contraignant à des remaniements psychologiques destinés en particulier à trouver une issue au brusque accroissement de tension interne provoquée par cette poussée. *Les conditions d'un véritable traumatisme sont ainsi réunies,* du fait en particulier de la pression des désirs sexuels et de la possibilité physique de les réaliser. Cette pression et cette possibilité :

– ne sont ni voulues, ni désirées par l'adolescent, qui les subit. La poussée pulsionnelle s'impose au Moi, qui se trouve donc face à elle dans une situation de passivité,

– elles entraînent un réveil des conflits de la première enfance et du

complexe d'Œdipe. Beaucoup de ces conflits avaient pu passer inaperçus du fait de l'immaturité de l'enfant et de la protection qu'offrait le milieu familial. Ils risquent de resurgir avec violence lors de leur réactivation pubertaire,

– alors que les modèles antérieurs liés à l'enfance sont caduques et que l'adolescent n'a pas encore trouvé ses nouveaux modèles.

Il est classique de discerner trois phases dans le déroulement de l'adolescence :

– **Une phase de préadolescence,** ou de première adolescence, dominés par les conflits liés à la bisexualité. Le préadolescent dans un mouvement défensif de repli devant le réveil du conflit œdipien, se rabat sur la quête de liens homosexuels (en général purement platoniques) où il est plus à la recherche d'un miroir lui renvoyant une image de lui-même, que d'un plaisir sexuel. Ce dont il a besoin, c'est d'une réassurance narcissique face à cette poussée pulsionnelle ressentie comme dangereuse et porteuse de toutes les inconnues.

– **Une phase d'adolescence proprement dite,** dominée par les tentatives de rupture des liens avec les objets *parentaux*.

– **Une phase d'adolescence tardive,** phase des identifications établies et de l'adoption du rôle psychosocial.

Mais plus qu'à tout âge de la vie, il ne faut pas chercher à plaquer un schéma explicatif sur l'adolescence. Sa compréhension nécessite de prendre en compte la situation concrète de l'adolescent, la façon dont il la vit ainsi que les projets qu'il forme pour son avenir.

> C'est d'ailleurs une des caractéristiques de l'adolescent que d'être particulièrement sensible à l'attention qu'on lui porte et particulièrement vulnérable aux critiques des autres, en particulier des adultes.

■ ***L'adolescence est une crise,*** selon la terminologie la plus fréquemment utilisée pour la qualifier, c'est-à-dire un temps de tension, instable par lui-même et qui, de ce fait, appelle une résolution et ne devrait être que passager. Ce terme de crise, utilisé dans des contextes bien différents (en sociologie, en médecine somatique, en politique...), est généralement synonyme de moment certes dramatique, mais potentiellement fécond car annonciateur de changements, et même de mutations, devenus nécessaires mais encore indéterminés dans leurs formes.

Temps de passage entre l'enfance et l'état adulte, l'adolescence ne peut se dérouler passivement, par simple effet d'une maturation et de l'acquisition de nouvelles capacités. Elle ne peut s'opérer sur un plan psychique qu'au prix d'une tension importante et d'une conflictualité au moins interne.

L'adolescence est donc une crise, car :

– *elle réalise les conditions d'un véritable traumatisme psychique,* comme nous l'avons vu précédemment,

– *l'adolescent est placé dans une situation de contrainte psychique par un message paradoxal :* « Tu dois être indépendant et pour être indépendant tu dois te reconnaître dépendant de tes parents et accepter de recevoir d'eux ce qui te permettra d'être toi-même. »

– *ce paradoxe se retrouvera au niveau des nécessaires identifications* qui doivent permettre à l'adolescent de sortir de « sa crise d'identité » selon l'expression d'E. Erickson, pour acquérir son identité d'adulte. L'identification suppose en effet qu'il abandonne et fasse le deuil de ses anciens objets d'amour (les figures parentales), pour mieux les intérioriser en acquérant un certain nombre de leurs traits qui deviendront les siens. Double violence donc : violence de l'abandon, violence de l'incorporation (cf. ci-dessus le lien incorporation-identification) à laquelle s'adjoindra le dilemme du choix entre les identifications paternelle et maternelle. L'oscillation bisexuelle que nous avons donnée comme caractéristique de la pré-adolescence, est une tentative pour échapper à ce choix.

– *l'adolescent aura à lutter sur deux fronts :* un front externe, le monde des parents dont il faut qu'il se détache et se différencie; un front interne, le monde de ses fantasmes et de ses liens avec les objets de son enfance, vers lesquels il ne peut pas régresser et se replier sans danger, car c'est y rencontrer la situation œdipienne avec ses conflits et ses interdits; mais qu'il cherche à retrouver et auxquels il demeure attaché, souffrant également de l'écart entre la réalité de ses parents tels qu'il les perçoit alors et les parents intériorisés qu'il porte en lui et dont il garde confusément la nostalgie.

■ ***A l'adolescence, comme lors de toute situation de crise, le « vécu » l'emporte sur le « pensé ».***

L'adolescence est en effet le domaine de l'ineffable comme sont ineffables les changements physiques qui affectent l'adolescent, le trouble psychique qui l'envahit, ou l'avenir qui l'attend. Comme à chaque fois que l'appareil psychique est débordé par les tâches qui l'assaillent, le surcroît de tension va trouver d'autres voies de décharge que la « mentalisation ».

– **Les troubles du comportement** en sont une modalité préférentielle, permettant d'éviter la prise de conscience du conflit en incriminant le monde externe et en agissant le conflit par la décharge que permet le « passage à l'acte ».

Toutes les conduites peuvent être affectées, sous une forme souvent

délictueuse : fugues, « crises de nerfs », crises clastiques, délinquance, cleptomanie, tentatives de suicide, troubles de l'alimentation, des conduites sexuelles, toxicomanie...

– **Les conduites auto-érotiques** sont une forme de passage à l'acte au niveau du corps propre. Le risque est qu'elles s'auto-entretiennent, coupant l'adolescent des autres, l'enfermant sur son imaginaire et risquant de le confronter encore davantage à son monde interne conflictuel, l'obligeant à se replier sur lui-même dans une escalade dangereuse.

– **Le suicide** peut être l'aboutissement de ce double mouvement de décharge dans l'acte et de repli sur soi.

– A l'opposé, l'adolescent peut avoir recours à une **négation du malaise et de toute difficulté. Une suradaptation** à la réalité externe peut en être l'expression. Le risque demeure ultérieurement de voir apparaître brutalement des difficultés auxquelles le sujet ne s'était pas du tout préparé. On peut en rapprocher toutes les tentatives, si communes à l'adolescence, d'éviter le conflit par un rejet violent des émotions et un refus actif de tout ce que les relations peuvent comporter d'affectif : intellectualisme forcené, rêveries et méditations ésotériques, conduites ascétiques... Mais surtout *une grande partie du malaise de l'adolescent va prendre son corps comme moyen d'expression.* Celui-ci va lui paraître volontiers comme quelque chose d'étrange, voire d'étranger, pouvant donner lieu à une dépersonnalisation transitoire. Le sujet se sent maladroit, empêtré dans ce corps dont les différents aspects ne sont pas assimilés de façon homogène et dont il cherche parfois à éprouver les possibilités à travers des exercices physiques violents, voire dangereux. Il cherchera à se reconnaître dans son corps, pourra passer des heures devant le miroir en quête d'une image de lui-même qui le satisfasse ou fixant son anxiété sur des points de détail au niveau de son corps, par déplacement de l'angoisse de castration. *C'est souvent ce corps qui lui servira de moyen d'expression et d'échange avec l'entourage :* plaintes corporelles multiples, inquiétudes concernant telle ou telle partie du corps, préoccupations sur le poids, sur l'apparition des caractères sexuels, etc., expression des conflits au niveau du corps, notamment par des tentatives de suicide ou d'automutilation diverses.

■ ***L'adolescence a une dimension relationnelle essentielle qu'il serait dramatique de méconnaître.*** – Il n'est guère de conduites de l'adolescent qui ne s'adressent en fait à l'adulte et tout particulièrement aux parents. Il sait bien en effet que ses comportements plus ou moins bruyants, ne peuvent pas laisser son entourage indifférent. Tout se passe bien souvent comme si l'adolescent, pour échapper à sa situation conflictuelle, délégait une partie de ses fonctions psychiques à son entourage. En cela, il témoigne encore d'un fonctionnement psychique

infantile; fonctionnement qui, nous l'avons vu, se caractérisait justement par son défaut d'individuation, auquel l'appareil psychique de la mère devait pallier en le complétant.

La plupart des attitudes de l'adolescent ne se conçoivent que par rapport à un public, auquel elles s'adressent souvent totalement à l'insu de la conscience de l'adolescent. Le délinquant, par exemple, se montre sans scrupules et sans interdits, mais s'arrange toujours pour se faire prendre et punir. L'anorexique dit ne pas voir sa maigreur et se trouve toujours trop grosse, mais s'exhibe constamment et se nourrit de l'inquiétude de ses parents qui suppléent ainsi à son Moi défaillant.

Enfin, l'adolescent se montre particulièrement attentif à l'image de lui-même que les autres lui renvoient. Quel adolescent n'est pas en quête de « l'âme sœur », miroir où il pourrait se découvrir? De même, autant il pourra refuser tout dialogue avec ses parents, ou toute manifestation d'attachement et d'estime à leur égard, autant il pourra en être prodigue envers des figures de déplacement : grands-parents, oncles ou tantes, frères ou sœurs plus âgés et modèles divers.

L'adolescent sera particulièrement sensible aux réassurances possibles que lui apporteront les autres et le groupe social. En quête avant tout de sa propre image, il aura tendance à se regrouper avec ceux dont il pense qu'ils lui ressemblent : rapprochement homosexuel au début de la puberté, s'estompant par la suite quand le sujet est plus assuré de lui-même et peut affronter avec plus de confiance l'hétérosexualité; formation des bandes d'adolescents avec leurs signes extérieurs de reconnaissance, vêtements, engins motorisés, insignes...; sensibilité de l'adolescent aux modes qui lui tiennent lieu d'identité. Dans de très nombreux cas, l'affectivité inemployée se fixe sur des contemporains, l'amitié avec « un autre soi-même » permet d'ailleurs de remplacer les relations verticales par des relations horizontales moins angoissantes car moins provocatrices d'envies. Ces nouveaux attachements, qui constituent une étape normale de l'évolution, peuvent être très enrichissants pour la personnalité, mais ils ont fréquemment un caractère possessif et exclusif, et par là-même défensif et transitoire.

Ils sont en effet, pour une part, défensifs à l'égard des attachements profonds pour les parents. Et tout ce que nous venons d'envisager illustre bien un des traits les plus caractéristiques et les plus contraignants de l'adolescence : *la nécessité d'une mise à distance des premiers objets d'amour : les parents.* Cette mise à distance s'opérera *bien souvent par l'intermédiaire du conflit* qui réalise un compromis en liant les désirs contradictoires de l'adolescent, atténuant ainsi la situation de tension. Le conflit aigu avec les parents permet en effet de garder le contact et de rester attaché, tout en manifestant son indépendance et sa différence. Ceci peut provoquer un renversement des affects en leur contraire : l'adolescent s'en prend à ses anciens objets d'amour, l'amour se change

en haine, l'admiration en dédain, pouvant entraîner la dévalorisation de tout le monde des adultes. L'ampleur de ce renversement témoigne de l'importance de l'attachement et de l'idéalisation antérieurs.

Cependant, cette provocation au conflit, qui peut aller jusqu'au défi et à la menace de suicide, est souvent une forme extrême, et n'est pas sans susciter une forte culpabilité. Celle-ci est rarement reconnue comme telle par l'adolescent, mais agie par l'intermédiaire d'une incitation à la punition. L'adolescent suscite des réactions agressives et de rejet de la part de ses parents, qui apaisent sa culpabilité et en même temps ont l'air de lui donner raison dans le bien-fondé de son opposition. Mais cette situation conflictuelle rend l'adolescent particulièrement vulnérable et réceptif à tout ce qui peut se substituer aux parents.

En effet, fragilisé par la modification de ses liens antérieurs, en quête de lui-même, l'adolescent *va être particulièrement sensible au modèle que peut offrir le groupe auquel il appartient.* Il a besoin, pour se valoriser et reprendre confiance en lui, de s'appuyer sur un idéal du groupe qu'il va faire sien, de façon plus ou moins rigide et qui reprendra le rôle tenu auparavant par les parents, rôle d'objets d'amour, de sécurité et d'assurance sur sa valeur. Cette recherche et ce besoin d'un idéal unificateur et sécurisant est spécifique et caractéristique de cette époque pour Erickson qui prétend que l'adolescent préfère n'être rien plutôt que de rester un faisceau d'identités fragmentaires et contradictoires.

Le désir de conformité au groupe peut refléter la quête de la première relation de confiance mutuelle et de satisfaction totale des besoins qui lie l'enfant à sa mère. La conformité au groupe permet de ne plus se sentir impliqué émotionnellement soi-même puisque c'est le groupe dans son ensemble qui conditionne et assume l'action; l'individu n'a plus alors conscience d'être affectivement engagé, ni d'être vraiment responsable. Cette préoccupation d'une conformité au groupe peut primer souvent chez l'adolescent l'intérêt pour des valeurs plus transcendantes et constitue une des raisons de l'instabilité de cet âge. Et la question : « Suis-je normal? » signifie au fond : « Puis-je être accepté et aimé par le groupe et ainsi être rassuré sur ma propre valeur? »

■ ***Les rites d'initiation.*** – Toutes les sociétés ont été confrontées à cette situation de crise de l'adolescence. Celles dites primitives y ont généralement répondu d'une façon rigide, très socialisée, où la part laissée à l'individu était réduite au minimum.

Les rites d'initiation ou de passage concrétisaient la transformation de l'enfant à l'état adulte réduisant finalement la période de l'adolescence à ce temps du rite.

Ces rites nous semblent avoir trois caractéristiques principales :

– ils impliquent une séparation complète, brutale et radicale du sujet

avec le monde de son enfance et de sa mère,
- ils imposent au futur adulte une identité sexuelle unique et sans équivoque,
- ils comportent toujours une dimension d'épreuve, où il s'agit d'affronter un danger comportant une menace corporelle (mort, blessure, douleur) et d'où le futur adulte doit sortir vainqueur et fortifié.

Cette situation de changement est d'ailleurs souvent marquée par le changement de lieu d'habitation, l'enfant quittant la maison des enfants pour passer dans celle des adultes et on retrouve là l'importance de la distanciation d'avec les parents. L'accès aux réalisations sexuelles est rendu possible par cette initiation. Le plupart de ces rites s'accompagnent, en même temps que d'un passage au stade d'adulte, d'une détermination d'une identité sexuelle sans ambiguïté. C'est ainsi qu'on peut comprendre l'excision du clitoris chez la femme comme une représentation de l'ablation de sa partie masculine, tandis que la circoncision chez l'homme représente l'ablation de sa partie féminine. Il y aurait donc là aménagement de la bisexualité humaine dont nous avons vu qu'on en retrouvait l'expression au sein du conflit œdipien dans le double jeu identificatoire à chacun des parents.

L'expression corporelle violente, douloureuse, et plus ou moins mutilante de ces rites, peut être vue comme une façon de prévenir et d'exorciser la castration ainsi que de maîtriser l'angoisse qui est liée à sa crainte : la menace s'est concrétisée, le sujet l'a surmontée, il n'a donc plus rien à craindre. On retrouve là l'effet rassurant du déplacement d'un malaise psychique, difficile à concevoir, sur une situation corporelle plus aisément maîtrisable. Nous verrons (chapitre 3 et 2e partie) qu'il s'agit là d'un moyen d'expression fréquemment utilisé par l'homme et qui peut être à l'origine de troubles somatiques et d'accidents corporels.

Or, la société moderne a perdu ces rites de passage et d'initiation. De plus, certaines données socio-économiques comme l'allongement du temps des études et l'absence corrélative de fonctions sociales définies et de métier, sont un facteur important de prolongation du temps de l'adolescence, avec ce que cela comporte d'ouverture possible et de richesse potentielle, mais aussi de souffrance, d'angoisse et d'incertitude. N'ayant plus de cérémonies d'initiations marquant l'accès au monde adulte, comme dans les sociétés primitives, les adolescents contemporains peuvent être de plus en plus tentés de trouver d'autres moyens d'accès rapide à une identité : formation de groupes marginaux, séparés de la société adulte et destinés avant tout à apporter un confort narcissique à chacun de leurs membres; participation à des effets de mode (tenue vestimentaire, musique...); recherche d'une identité dans la déviance; recours systématique à la violence dans une lutte frénétique

contre la dépendance et la dépression; quête d'une identité défaillante dans l'exhibition de troubles du comportement et la mise en avant du corps. Il faut aussi bien comprendre que *l'image de lui-même que nous allons lui renvoyer, par notre attitude à son égard, sera tout à fait fondamentale pour son avenir.*

> Il est bien certain que cataloguer un adolescent dans telle ou telle catégorie va contribuer fortement à le fixer dans cette catégorie et à lui faire adopter le rôle correspondant.

A cet égard, il est toujours abusif et dangereux de parler en termes de catégories générales : toxicomanes, délinquants, alcooliques.

F. – LES CRISES DE LA VIE – LA VIEILLESSE

Mais la séparation-individuation théoriquement accomplie par l'adolescence avec l'acquisition d'une identité stable et d'un rôle social, *n'est jamais achevée.* Il s'agit d'un processus dynamique toujours en action et toujours susceptible d'être remis en question. *L'équilibre d'un individu est la résultante à la fois d'un sentiment de sécurité interne et d'une sécurité externe,* l'un étant capable de pallier partiellement une certaine défaillance de l'autre, mais dans une certaine mesure seulement. Il est certain que *les événements de la vie vont affecter cet équilibre : de par leur importance objective, mais surtout de par les résonances qu'ils éveillent en chacun.* Touchant des points restés sensibles, ils auront des effets jugés démesurés par un observateur extérieur. Tout dépendra de l'investissement dont ils sont l'objet de notre part et du rôle qu'ils jouent pour nous. Toute insécurité interne pourra se traduire par une grande attention portée, à l'image de nous que nous renvoient les autres. Toute atteinte, même modérée de cette image peut avoir des effets néfastes : réaction dépressive avec désintérêt et dévalorisation de soi-même, vulnérabilité aux maladies, survenue d'accidents... Notre vie est jalonnée de moments régressifs, au cours desquels l'appel au médecin est fréquent, souvent sous un prétexte somatique, le malaise et sa cause n'ayant pas été perçus nettement. Modérés et sans effets graves, ils sont des réactions normales qui nous mettent à l'abri de conséquences plus fâcheuses et nous permettent de rechercher, auprès de l'entourage et du corps soignant, un appui temporaire réparateur. Plus profonds, et surtout donnant lieu à l'installation dans une conduite organisée et répétitive, ils signent l'échec de nos défenses et nécessitent une mobilisation plus active de l'entourage.

Les événements à haute valeur significative sont – bien sûr – suscepti-

bles d'avoir ce rôle déclencheur : mariage, naissances, deuils, conflits familiaux ou professionnels. Mais aussi ceux en apparence plus banaux, qui vont agir par le biais de mécanismes plus subtils donnant des effets paradoxaux : promotions professionnelles par exemple, et d'une manière plus générale, réussite provoquant des réactions catastrophiques par brusque accroissement de la culpabilité liée à un conflit œdipien resté quiescent, ou par sentiment aigu d'insuffisance lié à une fragilité narcissique restée masquée dans un milieu plus protecteur; ou bien encore, petits événements de la vie quotidienne venant brutalement rappeler au sujet qu'il est vulnérable et lui faisant prendre conscience qu'il vivait avec un sentiment de toute puissance et la conviction intime qu'il pouvait réaliser tous ses désirs : accidents, mésaventures, maladies, survenant à soi-même ou à un membre de l'entourage prenant plus ou moins le rôle de double (camarade, collègue de travail).

On a également décrit *« les crises de la vie »* correspondant à des moments féconds où le sujet réalise qu'une étape de sa vie est irrémédiablement franchie, provoquant une réaction de deuil susceptible d'entraîner dépression, sensibilité aux maladies, régression. C'est le cas, par exemple, du passage de la quarantaine, de la ménopause, du départ des enfants, de la retraite. Toutes ces étapes viennent concrétiser la marche vers la vieillesse et le deuil d'une partie de nos désirs.

Ces crises intéressent tout particulièrement les soignants, car :
- on aura fréquemment recours à eux,
- ils ne doivent pas enfermer le sujet dans sa régression, son repli sur son corps et ses plaintes, mais savoir solliciter, grâce notamment à la relation nouée avec lui, ce qui en lui, demeure d'intérêts et de désirs vivants,
- ils doivent pouvoir accepter et comprendre une certaine régression et une recherche de protection et de sécurité de la part de ces sujets. Les crises vitales, comme par la suite la vieillesse, nécessitent, du fait de l'affaiblissement du dynamisme interne, une plus grande stimulation de la part de l'entourage.

En effet *la vieillesse* voit les intérêts du vieillard se concentrer sur lui-même tandis que sa plus grande vulnérabilité le rend, à nouveau, éminemment tributaire de son environnement. Ce dernier aura donc un rôle accru à jouer, pour suppléer les fonctions défaillantes du Moi du vieillard. Or, ce n'est pas toujours ce qui arrive car la résignation correspond assez bien à l'image sociale de la vieillesse. Il se passe sur le plan psychologique quelque chose d'équivalent à ce qu'on a vu se dérouler sur un plan physique : par des régimes inappropriés et de carence, on faisait vivre le vieillard au ralenti là où il aurait fallu tenir compte de la diminution de ses capacités d'adaptation et de la nécessité de compenser par un apport suffisant la dégradation de son organisme.

De même, sur le plan psychologique, on le laisse volontiers dans une situation de carence relationnelle et de manque de stimulation là où la baisse de ses propres capacités de contact aurait nécessité une compensation adaptée de la part de l'entourage. On tolère chez lui des signes de retrait et d'un authentique vécu dépressif qui, chez quelqu'un de plus jeune, auraient entraîné des mesures thérapeutiques : chimiothérapiques, de soutien relationnel et psychothérapiques. Et pourtant le sujet plus jeune aurait eu plus de capacité et d'occasion de trouver par lui-même une issue à sa dépression. On oublie également que les vieillards sont ceux qui se suicident avec le plus de chances de succès.

C'est une illustration supplémentaire de ce fait, souvent signalé dans cet ouvrage, que l'attitude soignante est souvent davantage dominée par les a-priori socio-culturels que par les véritables objectifs de soin.

Deux principes pourraient guider les attitudes de soins à l'égard des personnes âgées :

– la nécessité d'un apport relationnel suffisant et adapté à leurs besoins pour maintenir leurs capacités d'investissements et leurs motivations, compensant ainsi par un apport extérieur la baisse de leurs potentialités internes.

– La conscience de leur vulnérabilité et la nécessité de ce fait de respecter leurs attachements et leurs intérêts, ainsi que les repères que constituent leur cadre habituel de vie et leurs coutumes. Tout bouleversement brutal de leur milieu environnant est susceptible de désorganiser totalement et définitivement leur fonctionnement mental.

Un logement, même insuffisamment salubre, peut être préférable à l'installation brutale dans une maison de retraite, même plus confortable. Les animaux et les objets du cadre de vie habituel peuvent être également porteurs de leur narcissisme et de leurs seuls liens affectifs. Les en priver comporte des risques graves : de sombrer dans la démence ou de provoquer une désorganisation des fonctions physiologiques, risques dont il faudra tenir compte avant d'envisager une hospitalisation et qui doivent intervenir dans l'évaluation de la nature des mesures thérapeutiques.

Comme pour l'enfant l'importance de la continuité relationnelle et de la constance de l'environnement peut parfois primer la qualité technique de cet entourage.

Bibliographie d'orientation

BLOS P. – *Les adolescents,* Stock, Paris, 1962.
BOWLBY J. – *Attachement et perte,* 2 volumes, PUF, Paris, 1978.
CHILAND C. – *L'enfant de 6 ans et son avenir,* PUF, Paris, 1971.
DOLTO F. – *Psychanalyse et pédiatrie,* Seuil, Paris, 1971.
DUCHE D. J. – *Adolescence et puberté.* Hachette, Paris, 1970.
ERICKSON E. – *Adolescence et crise* (la quête de l'identité), Flammarion, Paris, 1972.
GUTTON P. – *Le jeu de l'enfant,* Larousse, Paris, 1973.
KESTEMBERG E. – L'identité et l'identification chez les adolescents, *La psychiatrie de l'enfant,* 1962, volume 2, 441-522.
KOUPERNIK C., DAILLY R. – *Developpement neuropsychique du nourrisson,* PUF, Paris, 1968.
LEBOVICI S., SOULE M. – *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse,* PUF, Paris, 1970.
ROUBERTOUX P., CARLIER M. – *Génétique et comportements,* Masson, Paris, 1976.
SPITZ R. A. – *De la connaissance à la parole,* La première année de la vie de l'enfant, PUF, Paris, 1965.
WIDLOCHER D. – Le développement de la personnalité : point de vue psychanalytique, *In* GRATIOT-ALPHANDERY H., ZAZZO R., *Traité de psychologie de l'enfant,* T. 5, PUF, Paris, 1973.
WINNICOTT D. W. – *L'enfant et la famille,* P. B. Payot, Paris, 1971.
WINNICOTT D. W. – *De la pédiatrie à la psychanalyse,* Payot, Paris, 1969.

3

LE FONCTIONNEMENT MENTAL

OBJECTIFS

. *Connaître les principales caractéristiques du fonctionnement mental et leur importance pour la santé de l'individu et pour sa vie relationnelle.*

. *Savoir reconnaître à côté des comportements extériorisés et manifestes, le poids du monde interne fantasmatique et ses modalités d'expression.*

. *Savoir reconnaître le caractère conflictuel du fonctionnement mental, le jeu des oppositions entre forces et désirs contradictoires, entre conscient et inconscient, satisfactions et interdits.*

. *Comprendre l'importance du principe de constance ou d'homéostasie psychique; connaître les moyens dont dispose l'individu pour le mettre en œuvre.*

. *Comprendre ce qu'est la compulsion de répétition; savoir en donner des exemples et connaître ses effets pathogènes.*

. *Savoir reconnaître derrière les attachements actuels la répétition des attachements infantiles dont ils sont porteurs.*

. *Connaître les principales données psychologiques et neurophysiologiques sur les fonctions possibles du rêve.*

. *Connaître ce qu'est un mécanisme de défense et sa fonction.*

. *Savoir définir l'identification; en connaître les principales formes et leurs incidences sur la pathologie et la pratique médicale.*

. *Connaître le modèle psychodynamique de la personnalité ainsi que la définition et le rôle des différentes instances de la personnalité.*

. *Connaître le rôle des idéaux dans l'équilibre de la personnalité et leur incidence sur les relations de l'individu avec l'environnement et plus particulièrement avec le médecin.*

. *Savoir définir ce qu'on entend par caractère; en connaître les principaux types et leur incidence relationnelle.*

Il existe une réalité psychique interne au même titre qu'une réalité matérielle externe.

Ce monde psychique interne est la résultante de ce long processus de développement et d'individuation que nous avons décrit au chapitre précédent. Il est essentiellement fait de *l'intériorisation progressive des interactions* entre l'enfant et son environnement. Mais :

– cette intériorisation n'est pas réductible au seul apprentissage ni au conditionnement;

– en effet elle est avant tout *intériorisation de relations* avec la charge affective qu'elles comportent,

– et ces relations en s'intériorisant subiront le poids des déformations liées à la charge émotionnelle qui les accompagnent et à leurs associations avec les expériences antérieures déjà intériorisées, qui les marquent de leur coloration spécifique.

Il n'y a donc pas correspondance entre la façon dont une situation peut être appréhendée par un observateur extérieur et celle dont elle sera intériorisée par les protagonistes. C'est ainsi par exemple qu'une éducation très libérale, associée à une grande intensité d'interactions entre une mère et son enfant, peut aboutir chez ce dernier, de façon apparemment paradoxale, au développement d'interdits internes puissants, l'entravant dans son développement ultérieur et dans sa vie relationnelle. Les interdits sont venus en fait aménager une distance interne avec la mère d'autant plus nécessaire et exigeante qu'il n'y avait pas de distance externe.

Si la façon de dire une chose est parfois plus significative que ce qui est dit, *la façon de vivre une relation, d'appliquer un principe éducatif est sans aucun doute plus importante que le principe lui-même* et est souvent fort différent de ce qu'on croit et de ce qu'on en dit aux autres. Il est donc assez vain, sinon dangereux, de vouloir généraliser des méthodes éducatives, des modèles d'attitude relationnelle, sans tenir compte de la façon dont ils vont être appliqués et vécus par les intéressés.

L'intériorisation est donc un processus dynamique et non une absorption passive, construisant notre monde psychique interne, mais en même temps en subissant les particularités de fonctionnement.

I. – LES PRINCIPES DU FONCTIONNEMENT MENTAL

1. – LE PRINCIPE DE CONSTANCE

Comme tout organisme vivant, l'être humain a une forte propension à maintenir constante sa tension intérieure : c'est *le principe de constance analogue au principe d'homéostasie* de la physiologie.

Les conduites et les mécanismes psychiques allant dans le sens d'un évitement de toute tension nouvelle ou de sa réduction, si la tension n'a pu être évitée, seront préférentiellement recherchés : c'est **le principe de plaisir** qui se trouve donc être au service du précédent. Mais si initialement l'enfant recherche la décharge immédiate, il apprendra progressivement à la différer pour qu'elle ne soit pas dangereuse à sa survie, mais au contraire source d'une plus grande satisfaction. Ce sera l'acquisition du **principe de réalité,** pour laquelle l'entourage jouera un rôle considérable, et dont nous voyons qu'il n'est qu'une forme aménagée, pour les besoins et la qualité de la survie, du principe de plaisir et non pas son opposé.

L'enfant apprendra également qu'un accroissement de tension peut être une source de plaisir s'il constitue le préliminaire à un plus grand plaisir en permettant l'anticipation de la décharge ultérieure comme ce sera le cas pour le coït et les plaisirs sexuels préliminaires.

2. – LA RÉPÉTITION

Mais à côté de ce principe de constance-plaisir, l'observation nous contraint à faire intervenir une autre constante du fonctionnement humain : *c'est la compulsion de répétition.* Il ne s'agit pas là de la simple tendance à répéter les habitudes acquises par apprentissage mais de la contrainte interne qui pousse les êtres humains à répéter indéfiniment les mêmes situations traumatiques qui les font souffrir mais qu'ils ne peuvent s'empêcher de provoquer à nouveau. Freud a ainsi pu décrire ces « névroses de destinée » qui semblent marquées par une fatalité tragique qui parfois se répète sur plusieurs générations.

A cet effet de la répétition, venant du sujet lui-même, se surajoutent *les réactions de l'entourage qui généralement la renforcent.*

C'est ainsi par exemple qu'une personnalité persécutée induira par son comportement un étonnement, une méfiance, des moqueries voire une véritable hostilité de son entourage, la confirmant après-coup du bien fondé de ses craintes initiales. Freud a également rattaché à cette

compulsion de répétition les *névroses traumatiques* où l'intéressé revit indéfiniment le traumatisme originaire sans pouvoir s'en délivrer, ainsi que les réactions thérapeutiques négatives qui font que plus ou moins inconsciemment le sujet tient en échec toutes les mesures thérapeutiques susceptibles de l'aider comme s'il était contraint de maintenir des conduites jugées pourtant insatisfaisantes. Il y voit un effet de l'instinct de mort.

Mais, même si l'on refuse de recourir à cette dernière notion, on est bien obligé de constater les effets de la répétition. Il est certain que tout ce qui a été source de traumatisme, au sens psychique du terme, laisse des traces en nous qui ont tendance à resurgir par la suite de manière répétitive.

Nous avons vu au chapitre 1 la définition du *traumatisme.* Ses effets ne sont pas toujours perceptibles immédiatement et ne développent leurs potentialités pathogènes que dans un second temps, parfois très à distance. C'est **l'effet d'après-coup,** caractéristique du fonctionnement mental. Cela semble être dû en particulier au développement en plusieurs temps de la sexualité humaine qui n'atteindra son apogée qu'à la puberté. Bien des traumatismes de l'enfant ne se révèleront ainsi qu'à la puberté quand ils seront « réactivés », prenant alors tout leur sens, par la poussée sexuelle pubertaire.

On a voulu voir dans la *décharge émotionnelle* (ou abréaction) une possibilité d'éviter l'effet pathogène des traumatismes. C'est l'origine de toutes les *méthodes dites cathartiques* (la « catharsis » des Grecs désignait les effets libérateurs de la décharge émotionnelle auxquels ils attribuaient le rôle bénéfique de la tragédie). Freud avait initialement recherché cet effet cathartique notamment par l'hypnose pour l'abandonner par la suite. Il semble en effet que les effets en soient très passagers. *La seule mesure efficace contre la répétition est la remémoration des traumatismes, associée au travail de compréhension et d'élaboration psychique.*

D. Lagache rapproche cette tendance du psychisme humain à la répétition de l'effet Zeigarnik (1928) qui est le fait que dans certaines conditions expérimentales les tâches inachevées sont mieux retenues que les tâches achevées. Les traumatismes psychiques, comme les tâches inachevées, représenteraient autant de « blessures » ouvertes et douloureuses que le sujet tenterait de refermer en les répétant, dans l'espoir plus ou moins magique d'annuler l'échec précédent ou, dans le cas du traumatisme, de *le maîtriser en répétant activement ce qu'il avait subi passivement.* Malheureusement, c'est généralement un nouvel échec qu'il répète, accroissant d'autant la compulsion de répétition.

II. – LES MODALITÉS DU FONCTIONNEMENT MENTAL

Elles ne sont pas univoques et la psyché présente plusieurs niveaux et types de fonctionnement que nous allons rapidement schématiser.

1. – LA CAPACITÉ D'ATTENTE ET LA SYMBOLISATION

Il s'agit là de deux qualités du fonctionnement psychique qui sont caractéristiques de la pensée la plus élaborée. Elles ne s'acquièrent que progressivement et ne sont pas uniquement liées à la maturation du système nerveux central mais sont étroitement dépendantes de l'organisation affective de l'enfant et donc de la nature et de la qualité de ses relations.

La pensée commence par être concrète et par être action sur le monde (H. Wallon). Ce n'est que progressivement qu'elle s'en dégage et que l'enfant peut cesser d'avoir besoin de la chose elle-même pour s'intéresser aux symboles qui la représentent. Il deviendra capable d'établir des liens entre ces symboles en suivant non plus l'inclination de son affectivité, mais les lois du langage et de la logique, accédant à la pensée abstraite.

> *La symbolisation est ainsi la capacité de représenter une chose par une autre.* Capacité riche de promesses puisqu'elle ouvre la voie à la possibilité de la représentation d'une chose par des signes de plus en plus simples et abstraits, permettant une économie de moyens et donc une complexification croissante qui aboutira au langage humain.

Mais pour cela, l'enfant devra prendre une distance psychique par rapport aux objets investis qu'il s'agira de symboliser et dont le modèle reste toujours les personnages importants de son entourage. Il devra donc pouvoir :

– *différer la satisfaction immédiate* de ses désirs pour laisser à la pensée le temps de se développer; développement qui ne peut s'opérer que si la charge émotionnelle qui la sous-tend n'est pas trop importante.

– être capable d'attendre et donc de *supporter l'absence et la solitude,* qualités dont nous avons vu au chapitre 2 qu'elles supposent pour s'instaurer une relation suffisamment sûre avec l'environnement.

On est amené ainsi à caractériser, dans le fonctionnement mental, le monde des représentations et celui des affects.

Les représentations désignent les contenus de la pensée : idées, ima-

ges mentales, dont le modèle pourrait être la reproduction mentale par le souvenir d'une perception antérieure.

Les affects désignent la tonalité affective, émotionnelle, forte ou légère, agréable ou désagréable, qui accompagne des événements extérieurs ou des représentations internes.

On a pu distinguer deux grands types de fonctionnement mental :

2. – LE FONCTIONNEMENT EN PROCESSUS PRIMAIRES

C'est celui de l'inconscient, mais il peut envahir la vie consciente, notamment dans la psychopathologie. Il se caractérise par sa soumission aux affects et son seul but sera la satisfaction immédiate du désir qui l'a fait naître.

■ Cette ***poussée vers la satisfaction*** la plus immédiate et la plus complète l'amène à utiliser des représentations non pas selon des liens logiques, mais par des moyens comme :

– **le déplacement,** par lequel une représentation souvent d'apparence insignifiante peut se voir attribuer toute la valeur psychique, la signification, l'intensité originellement attribuées à une autre;

– **la condensation** par laquelle peuvent confluer en une représentation unique toutes les significations portées par les chaînes associatives qui viennent s'y croiser.

Il y a donc absence ou, dans le cas d'une régression à ce type de fonctionnement, perte de la capacité de symbolisation : la pensée se « concrétise » et les mots sont pris pour les choses qu'ils étaient censés représenter. Ils n'ont pas encore acquis ou perdent leur capacité d'abstraction et sont entendus dans leur sens littéral, qui leur confère une portée magique et dangereuse : par exemple, la lecture ou l'audition du mot « mort » pourra réellement signifier une menace de mort immédiate.

Ce mode de fonctionnement sera celui du nourrisson et de l'enfant tant que ce dernier n'aura pas à sa disposition un maniement suffisant du langage. Il cèdera progressivement la place au fonctionnement en processus secondaires (cf. ci-dessous) mais restera toujours latent et resurgira dans certaines circonstances : rêve, manifestations pathologiques (délires, hallucinations) et chaque fois que l'individu sera débordé par ses émotions ou trop engagé dans une conduite affective.

■ La tâche de l'appareil psychique étant de trouver les moyens de ***maintenir l'homéostasie interne,*** il n'y a dans ce fonctionnement en processus primaire que deux voies de décharge possibles :

– **la décharge dans la voie motrice, ou végétative,** et l'on a là une des conditions possibles d'apparition de troubles psychomoteurs (tics, stéréotypies, dyspraxies), psychosomatiques, et de conduites d'auto-stimulation telles par exemple, que nous les avons décrites chez les enfants carencés (hospitalisme). Ces dernières conduites deviennent fréquemment auto-érotiques par investissement de souvenirs d'expériences de satisfaction liées à la motricité.

– **la décharge par surinvestissement du monde fantasmatique** à la recherche d'une identité de perception de nature hallucinatoire avec des représentations remémorées d'anciennes satisfactions, comme si elles faisaient partie de la réalité externe : « que cela soit et cela est », procédé magique à l'œuvre de façon claire dans le rêve mais que l'on retrouve au niveau de toutes les expériences de satisfaction en marge de la réalité que nous avons déjà évoquées : rêveries et bien entendu délire.

La voie motrice est initialement barrée du fait de l'immaturité du nourrisson et nous avons vu qu'on pouvait considérer que c'était là une des conditions ayant favorisé le développement exceptionnel du monde psychique chez l'homme. Ce sera donc la voie végétative qui sera, chez le nourrisson, le moyen privilégié d'assurer son homéostasie psychique. Ceci explique la fréquence des troubles psychosomatiques du nourrisson affectant sa vie végétative et ses fonctions physiologiques : appétit, sommeil...

La tache de l'éducation sera d'aider l'enfant à supporter une certaine tension interne et à différer la décharge grâce au développement de son monde psychique. C'est grâce à la bonne qualité de la relation à son environnement qu'il pourra y parvenir et nous avons vu que *l'appareil psychique de la mère* devrait assurer ce *rôle organisateur et suppléer à l'immaturité de l'enfant,* tout en lui concédant une autonomie de plus en plus grande. C'est en particulier grâce à la sécurité et aux satisfactions qu'elle apporte que l'attente devient possible et que l'enfant peut organiser ce qu'on appelle les processus secondaires, qui s'opposent point par point aux processus primaires.

3. – LE FONCTIONNEMENT EN PROCESSUS SECONDAIRES

Il caractérise au contraire le monde conscient et rationnel. L'affect est ici « lié » à des représentations de façon stable et ce sont les processus de la pensée logique qui doivent articuler les liens et associations entre les représentations et non plus l'intensité affective dont elles sont investies. Le principe de réalité vient corriger le principe de plaisir et *l'attente devient possible* et prend le relais de la décharge immédiate et à tout prix.

Le processus secondaire constitue donc une modification du proces-

sus primaire et vient remplir une fonction régulatrice rendue possible par *la constitution du Moi* dont un des rôles majeurs sera d'inhiber les processus primaires en les liant aux représentations, les organisant et les rendant compatibles avec la réalité externe, qu'ils auront pour tâche de modifier afin d'y trouver les satisfactions nécessaires. Soulignons encore une fois à cette occasion le rôle essentiel joué dans ce travail par la qualité des relations avec l'environnement et leur intériorisation (relations objectales).

III. – LES MÉCANISMES DE DÉFENSE

On désigne sous cette appellation différents types d'*opérations psychiques qui ont pour fin la réduction des tensions psychiques internes.* C'est, essentiellement, la méthode psychanalytique et la pratique des psychothérapies, notamment chez les enfants, qui ont permis de les individualiser, d'en montrer la genèse, d'en saisir la valeur pour l'économie psychique, d'en suivre les transformations et éventuellement la dissolution s'ils deviennent superflus.

S'ils sont généralement utiles pour protéger la cohésion de l'appareil psychique, ils n'ont pas tous la même valeur. Généralement inconscients, ils sont facilement sous l'emprise des processus primaires, prenant la rigidité des compulsions de répétition. Ils deviennent alors pathogènes et entravent le fonctionnement mental.

Nous allons rapidement passer en revue les principaux d'entre eux :

■ ***Le refoulement*** est sans aucun doute un des mécanismes de défense essentiel, notamment parce qu'il est constitutif de l'inconscient.

On entend par refoulement l'opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations liées à une pulsion. Le refoulement se produit dans les cas où la satisfaction d'une pulsion, susceptible de procurer par elle-même du plaisir, risquerait de provoquer du déplaisir à l'égard d'autres instances (Laplanche et Pontalis. *Vocabulaire de la psychanalyse* – P.U.F.). Instances qui sont elles souvent plus proches de la conscience et qui ont pour finalité de protéger la relation du sujet avec ses objets d'amour en refoulant tout ce qui irait à l'encontre de leurs exigences ou des sentiments d'amour et de respect que le sujet pense devoir leur porter.

■ ***La régression.*** – Elle désigne d'une façon générale un retour à des formes antérieures du développement de la pensée et du style de relations du sujet avec son environnement. Depuis Freud, on distingue classiquement trois types de régression, qui sont en fait généralement associés :

– **la régression topique** du conscient a l'inconscient;

– **la régression formelle** où sont repris des modes d'expression ou de figuration de la pensée plus primitifs, comme le passage d'un fonctionnement en processus secondaire à un fonctionnement en processus primaire;

– **la régression temporelle** où le sujet retrouve des modalités relationnelles placées sous le primat des zones érogènes les plus archaïques : anales et orales.

La régression n'est jamais un retour pur et simple à l'état antérieur car on ne peut totalement effacer l'évolution intermédiaire. Un adulte régressé ne sera jamais l'enfant qu'il a été. Il faut plutôt l'entendre comme la remise à jour d'un mode de fonctionnement ancien qui va induire, chez l'intéressé, la prévalence d'un langage, d'un comportement, d'intérêts qui auront la tonalité et la coloration caractéristiques d'un stade donné.

■ ***Le renversement dans le contraire*** représente le processus par lequel le but d'une pulsion se transforme en son contraire dans le passage de l'activité à la passivité. Il est en général étroitement lié au *retournement sur soi* où la pulsion remplace un objet par la personne propre. C'est le cas notamment dans ces couples d'opposés qui vont de pair : sadisme et masochisme, voyeurisme et exhibitionnisme. Le retournement du sadisme dans le masochisme implique à la fois le passage de l'activité à la passivité et une inversion des rôles entre celui qui inflige et celui qui subit les souffrances.

Les couples de conduites opposées coexistent dans l'inconscient et leur transformation de l'une en l'autre ne peut se comprendre que si l'on fait intervenir l'agencement fantasmatique où le sujet dans son fantasme (qu'il agit et met en œuvre dans son comportement externe) occupe alternativement toutes les positions.

■ ***Le déplacement*** consiste dans le fait que l'accent, l'intérêt, l'intensité d'une représentation sont susceptibles de se détacher d'elle pour passer à d'autres représentations originellement peu intenses, reliées à la première par une chaîne associative.

■ ***L'isolation*** est le procédé qui consiste à isoler une pensée ou un comportement de telle sorte que les connexions avec son contexte affectif, avec d'autres pensées ou avec le reste de l'existence du sujet, se trouvent rompues.

Elle permet de faire l'économie du refoulement à condition que la représentation soit totalement privée de la charge affective qu'elle avait primitivement, l'affect, quant à lui, devant trouver une autre issue : par exemple déplacement sur une autre représentation.

■ ***L'annulation rétroactive*** est le mécanisme psychique par lequel le sujet s'efforce de faire en sorte que des pensées, des paroles, des gestes, des actes passés ne soient pas advenus. Il utilise pour cela une pensée, ou un comportement ayant une signification opposée. Son caractère magique reflète bien son lien avec l'inconscient.

■ ***La formation réactionnelle*** est une attitude psychique de sens opposé à un désir refoulé et constituée en réaction contre celui-ci. En termes économiques, la formation réactionnelle est un contre investissement d'un élément conscient, de force égale et de direction opposée à l'investissement inconscient. Il peut s'agir d'attitudes très généralisées, constituant des traits de caractère plus ou moins intégrés à l'ensemble de la personnalité; mais parfois, elles prennent une valeur symptômatique dans ce qu'elles offrent de rigide, de forcé et de compulsionnel. En tant que trait de caractère, un goût excessif pour la propreté camouflera une tendance à la saleté, ou bien une pitié envahissante sera une formation réactionnelle contre des désirs agressifs. En tant que symptôme, la hantise de la saleté fera que le sujet ne pensera plus qu'à celle-ci et centrera en fait son existence et ses intérêts sur elle par le biais de son souci de propreté; ou l'exigence de pitié se faisant tyrannique deviendra une occasion d'agresser tout son entourage. On perçoit dans ces derniers exemples le retour du refoulé.

■ ***La dénégation*** permet également de faire l'économie du refoulement, le sujet pouvant se permettre de formuler une pensée, un désir, un sentiment précédemment refoulé à condition de nier qu'ils le concernent : « ne croyez pas que je pense ceci » ou « que j'ai tel désir ». Elle favorise le développement de la pensée, qu'un excès de refoulement paralyse au contraire, en en diminuant la potentialité conflictuelle. Excessive, elle appauvrit la personnalité qui est ainsi condamnée à ne pas reconnaître ce qui lui appartient, sur le plan affectif en particulier. La *rationalisation* s'appuie souvent sur la dénégation et l'isolation pour trouver toujours de bonnes raisons d'expliquer un comportement dont les motivations profondes sont en fait jugées inacceptables.

■ ***La sublimation :*** une pulsion est dite sublimée dans la mesure où elle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise des objets socialement valorisés. Il s'agit d'un processus postulé par Freud pour rendre compte d'activités artistiques et intellectuelles apparemment sans rapport avec la sexualité, mais qui trouveraient leur ressort dans la force de la pulsion sexuelle. La resexualisation de ces activités provoquerait des phénomènes pathologiques et des difficultés dans leur réalisation : inhibition par exemple.

Citons également **la réparation** que nous avons décrite au chapitre 2

à propos du développement de l'enfant et de l'accès à l'ambivalence.

A côté de ces mécanismes de défense relativement communs, nous devons en envisager d'autres, dont la persistance témoigne par elle-même d'un registre pathologique (psychose).

■ ***Le clivage,*** mécanisme très primitif, considéré comme la défense la plus archaïque contre l'angoisse, où l'objet, visé par les pulsions libidinales et agressives, est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet qui auront des destins relativement indépendants dans le jeu des introjections et des projections (cf. chapitre 2). Il s'accompagne d'un clivage corrélatif du Moi.

■ ***L'idéalisation :*** elle est le résultat d'un clivage préalable mais où, pour protéger le bon objet des pulsions destructrices, celui-ci voit ses qualités et sa valeur nettement exagérées.

■ ***Le déni de réalité*** où le sujet nie totalement une part plus ou moins importante de la réalité externe.

Nous ne ferons que citer deux mécanismes : l'introjection et la projection. Ils ont en effet un rôle essentiel dans l'individuation et la formation de la personnalité et c'est la raison pour laquelle nous les avons étudiés au chapitre 2.

IV. – L'IDENTIFICATION

> Elle est le processus psychique par lequel le sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme totalement ou partiellement sur le modèle de celui-ci.

Nous lui réservons une place particulière du fait de son importance en tant que :

- processus formateur de la personnalité;
- mécanisme de défense essentiel contre la perte et le deuil;
- origine de multiples conduites pathologiques;
- facteur essentiel de la formation et du fonctionnement des groupes.

Il existe plusieurs types d'identification, qui peuvent éventuellement se combiner.

■ ***L'identification à l'objet perdu.*** – Elle est un moyen privilégié de suppléer l'absence de l'objet aimé et perdu. Le processus de base en est

l'incorporation orale, telle que nous l'avons décrite à propos de la première relation mère-enfant. Dans ce cas, l'objet est fantasmatiquement incorporé, tandis que le sujet adopte les caractères de l'objet. L'investissement pulsionnel de l'objet peut être abandonné et reporté sur les traits incorporés. Il y aurait là un processus essentiel de la formation du Moi et de l'acquisition de son autonomie par rapport à l'objet. On retrouve fréquemment ce processus à l'origine de plaintes somatiques survenant après un vécu de perte d'une personne aimée. Cette perte peut être réelle ou purement fantasmatique, et liée par exemple à un conflit, un éloignement temporaire ou un nouvel attachement. La plainte vient prendre la place de l'objet perdu en reproduisant un trouble analogue de la personne aimée (familles d'« hépatiques », de « céphalalgiques ») ou en surinvestissant une zone corporelle liée d'une façon ou d'une autre à cette personne : on se plaint du trouble, frustrant comme l'a été l'objet perdu, mais il n'en constitue pas moins une présence à laquelle on est inconsciemment attaché.

■ ***L'identification amoureuse*** dérive de la précédente, dont elle représente une forme plus élaborée, moins ambivalente, puisqu'il n'est pas nécessaire que l'objet disparaisse, ou soit perdu, pour qu'elle ait lieu. Aimer c'est désirer posséder l'objet et comme on ne peut jamais y arriver complètement, une solution peut être de chercher à devenir comme lui, le porter en soi, en étant le même. Indispensable au début de la vie, pour que le sujet puisse relayer progressivement les parents, sa prolongation par la suite peut être pathogène.

On voit souvent apparaître cette solution comme tentative de résolution du complexe d'œdipe. Par exemple, la petite fille ne pouvant avoir pour elle seule son père et être aimée de lui comme elle le souhaiterait, s'identifie à ce père, par un ou plusieurs de ses traits : elle n'a donc plus à être en attente de son amour, puisqu'elle le porte en elle; ce qui a, en plus l'avantage de faire cesser sa culpabilité à l'égard de sa mère, dont elle renonce, par le fait même à prendre la place. Résolution du conflit donc, mais gêne pour la petite fille dans l'acquisition de son identité féminine et difficultés ultérieures probables dans ses relations amoureuses qui viendront mettre en cause son identification masculine. Ce mouvement identificatoire au père pourra être à son tour gêné, dans le cas par exemple d'un conflit oral antérieur trop important, source de fantasmes agressifs qui l'amèneront à ressentir l'identification comme une incorporation orale destructrice du père, dont elle cherchera à se protéger, par exemple en fuyant son père (apparente indifférence ou peur) pour se réfugier régressivement auprès d'une mère qu'elle n'osera plus quitter. On voit ainsi les réactions en chaîne possibles et leur complexité.

■ ***Identification au tiers et formation du groupe.*** – En l'absence de tout investissement libidinal de l'objet, il peut y avoir cependant identification *par l'intermédiaire d'un élément en commun* qui peut être *une tierce personne.* Relèvent de ce mécanisme, les cas dits d'imitation ou de contagion mentale. C'est également le mécanisme que Freud a décrit dans « analyse du moi et psychologie collective » (in *Essais de psychanalyse*) comme étant à la base de *la constitution du groupe.* L'élément commun, servant de moteur à l'identification entre eux des membres du groupe, étant dans ce cas le leader ou le dogme du groupe, représentant de l'idéal du Moi de chacun des membres. Il s'agit d'une forme d'identification où la composante narcissique est dominante. Son but n'est pas tant de se rendre pareil à autrui (à l'objet aimé dans la forme précédente) mais de rechercher son identité en retrouvant dans l'autre ce qu'il a de commun avec soi.

■ ***L'identification à l'agresseur*** a déjà été envisagée à propos du jeu chez l'enfant et de la formation de son Moi (chap. 2).

■ ***Imitation et apprentissage.*** – On ne doit donc pas confondre le processus complexe de l'identification avec l'imitation ou l'apprentissage. *L'imitation* n'est qu'un placage superficiel, qui n'intéresse pas la personnalité du sujet, à laquelle elle reste étrangère. Elle n'a pas de valeur structurante, maturative, et risque de s'écrouler au moindre conflit. Elle donne naissance à des personnalités fragiles, qu'on a appelées personnalités en « faux self » ou personnalités « comme si ».

L'apprentissage a un aspect plus parcellaire et désigne toute modification relativement stable d'une fonction et d'un comportement sous l'effet de l'expérience acquise. Il est la résultante objectivable, comportementale, d'un processus engageant plus ou moins, selon les cas, la personnalité. C'est dire qu'il peut être facilité ou inhibé par les conflits d'identification.

V. – LES MÉCANISMES DE DÉGAGEMENT

A côté de ces mécanismes de défense certains auteurs, comme D. Lagache ont individualisé des *mécanismes de dégagement.* Ils se différencient des premiers par le fait qu'ils ne sont pas subis par le Moi, contraint de recourir automatiquement à une défense immédiate et incontrôlée pour diminuer sa tension; mais qu'ils ont au contraire pour effet de dégager le Moi de cette contrainte, en lui permettant d'objecti-

ver le danger en l'intériorisant et en le relativisant. C'est ainsi que dans l'exemple précédent de la plainte par identification à l'objet perdu le sujet aurait pu, à la place de cette identification relativement coûteuse, se dégager de ses investissements sur l'objet et les rendre disponibles pour d'autres investissements. Mais cela suppose un difficile travail de prise de conscience et de deuil, mettant en œuvre ces mécanismes de dégagement. Un vécu dépressif est pratiquement inévitable. Il peut être rendu supportable grâce au travail d'élaboration faisant appel au langage et au besoin à l'appui momentané d'une relation psychothérapique.

VI. – LE MODÈLE PSYCHODYNAMIQUE DE LA PERSONNALITÉ

La personnalité s'édifiera donc selon un long processus d'échanges entre le dedans et le dehors constitutif de l'opposition réalité interne/réalité externe. La barrière entre ces deux mondes devra être suffisamment souple pour permettre ces échanges la vie durant, une rigidité excessive révèlant la crainte sous-jacente de rupture. Cette barrière se constitue progressivement et nécessite pendant l'enfance une suppléance dévolue généralement aux parents qui tiennent le rôle de *« Moi auxiliaire »* et de ce que Freud a appelé le *« pare excitation »*, protégeant l'enfant des traumatismes et des excitations excessives grâce à leur travail de filtrage et de liaison donnant sens et cohérence à ce que vit l'enfant. A partir des premières expériences d'incorporation, l'enfant gardant en lui le bon et rejetant le mauvais, s'opère une intériorisation progressive de ses expériences avec le monde extérieur, le libérant progressivement de ce dernier. Les identifications avec leurs variantes, et les relations l'objet, avec leurs diverses modalités déjà envisagées, vont ainsi organiser le monde interne. Les expériences relationnelles et les conduites externes vont donc avoir leur pendant interne sous la forme de conduites intériorisées.

L'intériorisation dont nous venons de voir que l'identification en représentait une des formes les plus élaborées, est un mécanisme psychique qui peut métaphoriquement être comparé à la digestion. Nous avons vu (chapitres 1 et 2) l'influence du modèle fantasmatique oral sur toutes les modalités relationnelles ultérieures. Pour qu'une conduite, une relation, soient intériorisées, il faut que, comme un aliment, elles aient fait l'objet d'une métabolisation dont la personnalité se sera nourrie, mais qui réapparaîtra sous une forme qui peut être très éloignée de la forme

originelle. Cette digestion demande pour se produire un maniement possible de l'agressivité (mordre et dévorer) avec une destruction fantasmatique de l'objet avec lequel a lieu la relation. Celle-ci devra donc être, comme nous l'avons vu dans la deuxième partie, suffisamment stable et sûre pour rendre tolérable cette relation fantasmatique de dévoration.

1. – LES INSTANCES DE LA PERSONNALITÉ

Elles sont la résultante de ce processus. On désigne sous cette appellation des modèles théoriques fictifs destinés à rendre compte, en l'organisant et la schématisant, de la réalité complexe de la personnalité. On distingue classiquement ainsi :

■ ***Le ÇA*** qui représente le pôle pulsionnel, instinctuel, entièrement inconscient, fonctionnant selon le processus primaire et ne cherchant que la satisfaction immédiate des besoins et l'apaisement des tensions.

■ ***Le MOI*** qui naît du ça par différenciation progressive au contact de la réalité à laquelle il doit s'adapter pour survivre. Il se forme grâce aux introjections et identifications. Il est le siège de mécanismes de défense et représente l'instance refoulante chargée d'assurer l'équilibre psychique en maintenant les tensions à un niveau constant. Il fonctionne selon les lois du processus secondaire mais reste en partie inconscient, notamment dans la mise en jeu des mécanismes de défense.

■ ***Le SURMOI*** qui désigne la fonction critique de l'appareil psychique, porteuse des consignes morales à l'égard du Moi. Son fonctionnement est en grande partie inconscient. Il résulte de l'intériorisation des interdits parentaux, mais, comme nous l'avons vu, profondément transformés du fait de leur investissement par les pulsions issues du ça. C'est ainsi que plus l'avidité d'un sujet sera grande, plus il la ressentira comme destructrice et plus il intériorisera les interdits portant sur cette voracité sous une forme sévère, image en miroir de la violence de son désir.

■ ***L'idéal du Moi.***

On a pu distinguer deux catégories d'exigences :

– les unes interdictrices : « Tu ne dois pas faire ceci »,

– les autres optatives, voire impératives : « tu devrais être ainsi » ou « tu dois être ainsi ».

Les premières représenteraient le Surmoi proprement dit, les deuxiè-

mes *l'Idéal du Moi,* modèle auquel le Moi doit se conformer. On voit que l'Idéal du Moi a pour visée l'être même du sujet auquel il propose une image parfaite de lui-même. Il est donc intimement lié au narcissisme, et dépendant de l'image que les parents ont de leur enfant, ou du moins de celle que celui-ci a perçu. Le fondement en sera l'intériorisation du regard de la mère sur son enfant, avec tous les aléas déjà envisagés liés au processus d'intériorisation. L'idéal du Moi est donc le dépositaire du narcissisme infantile du sujet et de celui des parents, l'enfant cherchant inconsciemment à se mettre à la place de l'objet idéal qui viendrait combler les parents. Il prend la suite de cette période où l'enfant a l'illusion de sa toute puissance : « ce qu'il (l'homme) projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance; en ce temps-là, il était à lui-même son propre idéal » (Freud : « Pour introduire le narcissisme – 1914 – in *La vie sexuelle* – P.U.F.).

C'est cet Idéal du Moi, dépositaire du narcissisme infantile, partiellement perdu, qui permet de rendre compte de manifestations aussi variées que la fascination amoureuse, la dépendance à l'égard de l'hypnotiseur et la soumission au leader, qui représentent autant de cas où une personne étrangère est mise par le sujet à la place de son Idéal du Moi. Un tel processus est à *la base de la constitution du groupe humain.* L'idéal collectif tire en effet son efficacité d'une convergence des « idéal du Moi » individuels : « ... un certain nombre d'individus ont mis un seul et même objet à la place de leur idéal du Moi, à la suite de quoi ils se sont identifiés l'un à l'autre dans leur Moi » (Freud, Psychologie collective et analyse du Moi, in *Essais de psychanalyse*). D'où le caractère passionnel, voire vital, des idéaux et options idéologiques, qui sont directement liés au narcissisme, c'est-à-dire à l'amour de soi et à la représentation idéale de soi-même, support du sentiment de notre continuité et de notre intégrité.

Plus le narcissisme fait défaut, plus l'image de soi sera incertaine et dévalorisée et plus le sujet sera contraint de reporter ses investissements sur lui-même pour rétablir un équilibre et une unité sans cesse menacés. Cela le conduira à un égocentrisme et à des attitudes de prestance destinés à compenser la menace que fait peser sur lui sa carence narcissique. *C'est là un des paradoxes du narcissisme car on dira de ces personnalités qu'elles sont narcissiques alors qu'en fait elles souffrent d'une carence narcissique.* On peut comprendre cet apparent paradoxe en concevant que le défaut narcissique est primaire, résultant d'une perturbation relationnelle précoce, alors que l'attitude narcissique compensatoire est, elle, secondaire. Les maladies et handicaps divers constituent autant de blessures narcissiques qui peuvent également entraîner des attitudes compensatoires.

Ceci nous paraît d'autant plus important que le médecin, comme nous le verrons dans la troisième partie, est souvent amené à représenter

un support narcissique pour le malade, image de toute puissance, non dépourvue d'ambivalence, qui le restaurera dans son intégrité. Il vient donc fréquemment prendre la place de l'Idéal du Moi du malade.

Le langage, au travers de la construction grammaticale, exprime bien cette capacité réflexive, spécifique de l'être humain, qui lui permet de se voir, de se juger et de se comparer à l'image idéale qu'il a de lui-même. Le « Je me... » de phrases comme « je m'accuse... » « Je m'en veux... » montre à l'évidence que le sujet n'est pas un mais composite et qu'il a acquis cette faculté de regard sur lui-même dont la disparition lors de certains troubles psychopathologiques en révèle toute l'importance dans la construction de la personnalité.

2. – LA DYNAMIQUE DE LA PERSONNALITÉ – LE RETOUR DU REFOULÉ

La personnalité n'est pas une construction statique établie une fois pour toutes mais, comme l'organisme lui-même, elle est soumise à des changements permanents et peut être conçue comme la résultante plus ou moins stable de pressions multiples et contradictoires.

Nous avons vu que tout ce qui était inconscient et processus primaires constituait une sorte de poussée permanente, d'appétence en quête de satisfaction immédiate. Le Moi et son fonctionnement en processus secondaire est là pour contenir, organiser et permettre de différer la satisfaction, assurant le contact avec la réalité avec pour tâche de s'adapter à elle comme de la modifier.

Mais la pression de l'inconscient demeurant toujours, *ce qui est refoulé aura tendance à faire retour menaçant l'équilibre du Moi.* Celui-ci a à sa disposition pour aménager la situation, outre les mécanismes envisagés, deux ordres de mesures :

■ ***Les contre-investissements.*** – On appelle contre-investissement le processus qui consiste en l'investissement par le Moi de représentations, systèmes de représentations, attitudes... susceptibles de faire obstacle à l'accès des représentations et désirs inconscients à la conscience et à la motilité. Nous en avons vu une illustration avec les formations réactionnelles : par exemple un souci de propreté venant lutter contre un désir de saleté lié aux pulsions anales.

Dans les moments et situations de forte sollicitation pulsionnelle on pourra observer, presque expérimentalement, la modification, l'accentuation voire l'apparition de contre-investissements. C'est le cas à la puberté, où la forte poussée pulsionnelle sexuelle, peut provoquer des contre-investissements au niveau du travail intellectuel et l'adoption de conduites ascétiques.

Ces contre-investissements ont un impact particulièrement important dans la relation entre parents et enfants. Trop importants chez les parents, ils peuvent jouer le rôle d'un excitant de la pulsion correspondante chez l'enfant, en conflictualisant son organisation. Le contre-investissement peut jouer, en effet, *un rôle de message paradoxal* désignant à l'enfant la pulsion défendue comme étant source d'intérêt et d'excitation pour ses parents. Dans l'exemple choisi précédemment de la propreté excessive comme défense contre la saleté et l'agressivité qui lui est liée, l'intérêt excessif du parent pour la propreté l'amènera en fait à remarquer tout spécialement ce qui pourra être sale chez l'enfant stimulant chez ce dernier la pulsion correspondante tout en lui interdisant de la satisfaire. L'enfant a de bonnes chances de présenter un symptôme qui l'amènera en consultation. On comprend aisément qu'il serait inopportun de faire des prescriptions destinées uniquement à l'enfant.

A la permanence des désirs inconscients, les contre-investissements opposent la fixité et la rigidité de leurs défenses et entrent dans la formation des traits de caractère. Ils sont ainsi une source permanente de dépense énergétique pour l'individu, leur accentuation temporaire et durable est *la source fréquente de fatigues inexpliquées.*

■ ***Le retour du refoulé.*** – Il constitue une autre solution pour maintenir l'équilibre de l'appareil psychique, jouant en quelque sorte le rôle de soupape de sécurité.

Un certain nombre de facteurs peuvent faciliter ce retour des représentations refoulées tels que : un affaiblissement des contre-investissements, ou une poussée pulsionnelle, comme par exemple la puberté, ou la survenue d'événements actuels rappelant par un point quelconque (une simple synonymie de nom peut suffire) le matériel refoulé avec lequel ils entrent en résonance.

Mais ce retour du refoulé ne pourra se faire directement et simplement sans dommages. Il devra passer par la constitution de *formations de compromis* qui seront la résultante de la poussée pulsionnelle d'une part et de l'action du Surmoi d'autre part. Ce seront *les rejetons de l'inconscient « formations de compromis entre les représentations refoulées et refoulantes ».* Dans la même formation se satisfont ainsi, en un même compromis, à la fois le désir inconscient et les exigences défensives de la censure. Toutes ces formations ont en commun de demander pour être comprises une *interprétation* c'est-à-dire le dégagement du sens latent caché derrière le contenu manifeste.

Les principales formations de compromis, expression du retour du refoulé, vont être :

a) **La psychopathologie de la vie quotidienne.** – Nous regroupons sous cette appellation qui reprend le titre d'un livre de Freud, l'ensemble

des manifestations relevant de notre comportement verbal ou moteur, banales aux yeux du profane, émaillant la vie de chacun et qui ont en commun d'être involontaires : lapsus, actes manqués, oublis... Ce caractère involontaire, et même souvent à l'opposé de ce que l'on voulait consciemment dire ou faire, explique qu'on refuse en général de leur accorder de l'importance. Il faut voir dans ce refus un effet du refoulement qui tient à refermer au plus vite la porte par mégarde entrouverte. C'est en effet ce caractère totalement involontaire et étranger à tout désir conscient qui leur confère leur valeur de retour du refoulé. Toutes ces manifestations sont bien connues et ont été, parmi les données de la psychanalyse, les plus vulgarisées.

On peut en rapprocher *le mot d'esprit* qui implique une participation de la conscience beaucoup plus grande, l'interdit étant tourné au moyen de l'humour, qui permet une mise à distance de l'affect; ainsi que *la rêverie libre* et les fantasmes fournis au moyen de l'association libre c'est-à-dire en surprenant au maximum la vigilance de la censure.

b) **Le Transfert** qui, nous l'avons vu, désigne, en psychanalyse, le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit d'une répétition de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué, c'est-à-dire méconnaissant sa valeur de répétition (Laplanche et Pontalis – *Vocabulaire de la psychanalyse* – P.U.F. cf. 2[e] partie, chapitre 2).

c) **La formation des symptômes :** nous développerons ce point au chapitre suivant.

d) **Le rêve.** – « Voie royale vers l'inconscient ». Il n'y a pas absence de sens comme le voudraient le sens commun et la logique mais glissement de sens qui demande que l'on cherche le sens latent caché derrière le contenu manifeste. Le rêve appelle donc une interprétation, et c'est même à l'occasion de la découverte du rôle du rêve que Freud mit en évidence l'importance de la fonction interprétative qui devait être la base de la technique analytique. Le rêve obéit en effet au principe de plaisir et a comme fonction de protéger le sommeil de l'individu. Il apparaît quand le sommeil risque d'être perturbé par une excitation pulsionnelle naissante et il va avoir pour but de procurer une satisfaction hallucinatoire à la pulsion. *Le rêve exprime donc toujours un désir.* Mais, bien que ce soit la baisse de la vigilance, accompagnant le sommeil, qui facilite l'emergence de ce désir, la conscience n'est jamais complètement abolie et ne permet pas une expression directe du désir : ce dernier doit subir des *déformations* le rendant compatible avec les exigences minimales du Surmoi qui demeurent. S'il n'y arrive pas, l'angoisse apparaît qui réveille le dormeur, le rêve tourne au cauchemar.

Un processus caractéristique du rêve, est *la nécessité de figuration*

à laquelle sont soumises les pensées du rêve : celles-ci subissent en effet une sélection et une transformation qui les rendent à même d'être représentées en images, surtout visuelles, à la manière d'un rébus.

Mais l'interprétation psychanalytique des rêves n'est pas une « clef des songes ». Même s'il existe des expressions symboliques préférentielles, communes à une culture donnée, qui seront le plus souvent choisies pour figurer telle ou telle sorte de désir, elles ne prendront leur sens que dans le cadre strict de l'histoire personnelle de chacun et, en particulier dans la cure, reliées au désir qui unit le rêveur à celui à qui il va raconter son rêve.

Les études neuro-physiologiques de ces dernières décennies ont apporté une masse de découverte sur les mécanismes du rêve et du sommeil. Le rêve semble survenir à la phase paradoxale du sommeil. Elle est appelée ainsi car elle correspond à la phase où le sommeil est le plus profond, tandis que le rythme cérébral enregistré à l'électro-encéphalogramme est proche du rythme d'éveil. De plus cette phase s'accompagne de mouvements oculaires rapides, comme si le dormeur suivait une scène des yeux, tandis que la voie motrice pyramidale du mouvement volontaire est inhibée avec paralysie motrice totale. Si on réveille le dormeur durant cette phase il est capable dans la majorité des cas de raconter un rêve, contrairement aux autres phases de sommeil (endormissement, sommeil léger, sommeil profond lent).

Les études expérimentales ont montré que la privation élective de phases paradoxales, respectant les autres phases du sommeil, provoquait des troubles importants durant l'éveil : comportement hallucinatoire chez l'animal, troubles de la personnalité, changements de caractère et baisse de l'efficience chez l'homme. De plus on a constaté que la phase paradoxale était nécessaire à la bonne qualité et à la rapidité des apprentissages chez l'animal. Aussi actuellement beaucoup d'auteurs pensent que *le rêve jouerait un rôle dans la confrontation des expériences de la journée avec les modèles de comportement archaïques et innés,* constituant en quelque sorte une reprogrammation à vide et sans danger du fait de la paralysie motrice temporaire. La plus grande fréquence des phases paradoxales chez le nouveau-né et sa décroissance progressive, ainsi que son accroissement chez la femme enceinte, plaideraient également en ce sens.

Fait intéressant, *la terreur nocturne* chez l'enfant (pavor nocturnus), au cours de laquelle il se réveille en hurlant en proie à une frayeur qu'il ne peut maîtriser, comme s'il continuait à vivre une scène dont il ne pourrait pas se dégager, correspondrait à une phase de sommeil profond lent et non à une phase paradoxale. Tout se passe comme si la tension interne trop forte ne pouvait attendre l'élaboration de la phase paradoxale et du rêve pour s'exprimer et se métaboliser mais devait se décharger brutalement, faisant effraction au travers de l'appareil psy-

chique et provoquant le réveil. Le rêve n'aurait pas pu jouer son rôle protecteur. C'est la mère, alertée par les cris, qui devra par son action apaisante et rassurante colmater la brèche ainsi ouverte et permettre à l'enfant de se rendormir. Si l'enfant n'arrive pas à être rassuré on peut voir, dans les semaines qui suivent, sa vie psychique consciente envahie par la peur et les traces laissées par le cauchemar qui vont avoir pour effet de gêner son fonctionnement mental et d'entraver son développement.

Les résultats des méthodes d'étude psychanalytique et neuro-physiologique d'une même réalité : le rêve, ne sauraient sans abus être assimilés les uns aux autres. Néanmoins, il semble bien s'en dégager un *consensus sur le rôle important joué par le rêve dans la vie psychique :*

– rôle de maîtrise et d'élaboration des tensions internes;

– rôle d'assimilation des expériences nouvelles et de leur intégration aux expériences et modèles de comportement plus anciens.

En cela, on voit que *le rêve est tout à fait comparable à la fonction de l'appareil psychique et de la vie mentale dans son ensemble.* C'est bien ce que confirme l'expérience psychothérapique, qui montre que la capacité de rêver et d'exprimer ses rêves suit le cours de l'évolution de la relation psychothérapique et reflète la capacité du Moi à se dégager des conflits, à s'ouvrir à la relation et à utiliser les possibilités qu'offre l'accès au monde fantasmatique et à son maniement.

Certains auteurs (A. Braconnier) ont rapproché les effets nocifs sur l'enfant de l'effraction de son appareil psychique par la terreur nocturne, de certains effets des drogues psychédéliques. Tout comme le Moi encore immature de l'enfant peut être débordé et ne plus pouvoir refouler durant la vie consciente les effets traumatiques de l'irruption de l'expérience angoissante, le Moi fragile du drogué peut être submergé par les effets désorganisants du « bad trip ». On peut alors observer dans les mois suivants, la résurgence des craintes, des angoisses et des hallucinations qui avaient accompagné la prise de la drogue et qui progressivement parasitent la vie consciente du sujet, indépendamment de toute nouvelle prise de drogue.

VII. – LE CARACTÈRE

Il peut se définir comme *« l'ensemble des dispositions et attitudes qui commandent la manière d'être et de réagir de l'individu dans ses rapports avec le monde extérieur et avec lui-même »* (D. Lagache). Il regroupe donc des caractéristiques qui permettent de repérer un individu donné et de le différencier d'un autre du fait de la constance et

de la régularité de sa façon d'être, de son style de relation. Il s'agit d'une dimension essentiellement relationnelle et subjective.

On peut le différencier du *tempérament,* vieille notion hippocratique qui désigne les dispositions innées physiques et physiologiques; ainsi que de *la personnalité* qui a pour ambition de donner un modèle théorique compréhensible de l'ensemble des conduites d'un individu dans leur génèse, leur évolution, et leur structure interne. Le caractère n'en reflète que l'aspect le plus manifeste au niveau des conduites relationnelles.

Dans certaines théories (Pavlov par exemple) le caractère se réduit au tempérament c'est-à-dire aux données innées. Dans une compréhension psycho-dynamique, telle que nous l'avons envisagée, le caractère est la résultante toujours en mouvement d'un ensemble d'interrelations où les facteurs acquis ont totalement « informé » et transformé les données innées (cf. chapitre 2). Le caractère ainsi compris sera formé :

– **des caractéristiques liées aux modalités relationnelles propres à certains stades de l'évolution :** oral, anal, phallique. Conflits, traumatismes et surstimulations diverses peuvent entraîner des fixations privilégiées à un de ces stades dont les traits ressortiront par la suite de façon plus ou moins nette, et orienteront le style des nouvelles relations crées par le sujet.

– **des identifications multiples,** traces laissées dans le moi par les principales relations d'objet ayant marqué l'enfant. Comme nous l'avons vu à propos de l'identification, celle-ci est souvent une modalité de renoncement d'un investissement amoureux intense. Le caractère est ainsi un véritable résumé des choix d'objets successifs. Le poids de ces caractéristiques identificatoires ressortira souvent au fur et à mesure que l'individu avancera en âge et perdra les personnes auxquelles il a pris par identification leurs caractéristiques. A côté d'identifications particulièrement précoces et stables acquises dans les deux ou trois premières années viendront s'adjoindre des identifications plus tardives, généralement plus malléables et labiles.

– **des mécanismes de défense** mis en œuvre par le moi pour aménager ses conflits internes et ses relations avec l'environnement. Les contre-investissements, tels que nous les avons définis précédemment, seront particulièrement en cause dans la formation des traits de caractère.

On a pu décrire, en prenant comme référence les stades de l'évolution libidinale, en tant qu'organisateurs de modalités relationnelles préférentielles, les caractères suivants :

1. – LE CARACTÈRE ORAL

On distingue à propos de l'oralité un caractère « optimiste » et un caractère « avide » qui ont en commun leur grande dépendance aux ob-

jets qui les entourent et leurs difficultés d'autonomisation. Le caractère optimiste est marqué par un sentiment de confiance dans l'avenir. Le sujet se sent toujours assuré de l'aide présente ou fictive d'un être bienveillant et protecteur. Lui-même se montre généreux, voire prodigue, certain qu'il recevra en retour des largesses identiques. Il refléterait une fixation à la mère toute puissante et protectrice qui, au départ, a excessivement gâté l'enfant. Le caractère « avide » serait marqué par le même besoin de dépendance mais avec un sentiment d'insatisfaction : d'où les marques de jalousie, d'envie, les tendances possessives, l'impatience, l'impulsivité, l'exigence. Il s'agit de sujets expansifs, souvent agressifs, chez qui on constate une valorisation excessive de la parole, des plaisirs oraux.

Dans les deux cas le caractère archaïque des fixations ayant donné naissance aux traits de caractère se traduira : par l'aspect manichéen des investissements en tout bon ou tout mauvais sans possibilités de nuances, de compromis et d'une véritable ambivalence; par l'impatience et l'impossibilité d'attendre; par l'insatiabilité et l'absence de limites, le sujet dévorant tout et tout le monde et tel le tonneau des Danaïdes, ne se percevant jamais rassasié et ne ressentant d'une relation que le moment où elle s'achève. *Cette sensibilité à la frustration prédispose ces sujets aux réactions dépressives et à une grande dépendance à l'égard des autres.*

Les fixations orales se reflèteront également dans les manifestations d'envie. *L'envie* en tant que tendance psychique a été bien mise en évidence par M. Klein et son école. Elle représente l'aspect le plus destructeur de l'oralité. La relation d'envie est, au niveau fantasmatique, une relation de dévoration ou de vampirisation au cours de laquelle le sujet désire absorber toutes les qualités de l'objet envié et se les approprier entièrement. Elle implique une conduite très agressive et même destructrice.

De ce fait l'envie est fréquemment à l'origine de réactions d'inhibition des conduites impliquant des acquisitions et un maniement de l'agressivité, c'est-à-dire des conduites recourant à l'introjection. L'inhibition est alors une façon de protéger l'objet d'une destruction fantasmatique. Une autre façon de le faire sera de rester dans une relation de parasitage avec l'objet : collé à lui sans pouvoir se permettre de s'en nourrir ni d'en tirer aucun profit apparent qui témoignerait d'une acquisition jugée trop dangereuse.

C'est ce type de relation que l'on retrouve chez les personnalités dites orales et notamment celles présentant des conduites d'addiction : toxicomanes, alcooliques, boulimiques...

2. – LE CARACTÈRE ANAL

C'est le plus aisément individualisable et il fut le premier pour lequel Freud put établir des corrélations entre traits de caractère et érotisme lié à une zone érogène. Comme nous l'avons vu au chapitre 2, le stade anal correspond à l'acquisition de la maîtrise musculaire sphinctérienne et constitue un moment important de l'individuation, l'enfant pouvant livrer ou retenir le contenu intestinal. Enfin, l'éducation, par l'attention portée à cette zone et la connotation de saleté qui l'accompagne, en renforce le caractère érogène. Ceci va avoir d'importantes répercussions sur la formation du caractère où l'on va pouvoir constater la persistance de désirs liés à cet érotisme. Leur sublimation ou, plus fréquemment, la constitution de formations réactionnelles et de contre-investissements destinés à s'opposer à la pulsion refoulée sont particulièrement caractéristiques de ce stade.

Les traits de caractère évocateurs de cette période forment une triade classique faite de manie de l'ordre, de parcimonie et d'entêtement. D. Widlocher les décrit ainsi : « l'expérience clinique montre qu'il existe une corrélation entre ces trois traits. Ils s'expriment toutefois sous des formes variées. La manie de l'ordre se manifeste par le goût du rangement, le souci de la propreté, la minutie, la recherche de la précision, la tendance au classement, au collectionnisme. La parcimonie confine parfois à l'avarice, mais souvent il s'agit du plaisir de posséder, de garder pour soi, d'où une comptabilité minutieuse de ce que l'on doit et de ce qui vous est dû. Les règlements d'argent, les prestations de service, les échanges d'objets sont assurés « au compte-gouttes ». La parcimonie s'applique également au temps et à tout ce qui peut être identifié à un bien (opinion, sentiment vis-à-vis d'autrui, etc...). L'entêtement enfin, se voit dans l'attachement à ses opinions, une attitude continuellement critique à l'égard de celle d'autrui, un refus de se laisser influencer ou dominer par l'autre. Le lien entre ces différents traits repose sur la constatation empirique de leur fréquente association. Celle-ci en outre se justifie par la cohérence de sens qui se dégage d'une approche phénoménologique. Le plaisir de retenir inspire à la fois le goût du contrôle dont témoignent le sentiment de l'ordre, la parcimonie et le souci de conserver intacts ses opinions et ses projets. »

On peut rapprocher cette possessivité du caractère anal du fait que pour un certain nombre d'espèces animales le déjet des matières fécales s'inscrit dans un schéma instinctuel destiné à marquer les limites du territoire individuel.

3. – LE CARACTÈRE PHALLIQUE

Il est moins bien individualisé que les précédents. Dans l'ensemble la problématique du caractère est dominée par l'opposition : phallique-

chatré qui se traduit par la nécessité de s'affirmer possesseur du phallus. La conduite est dirigée par l'ambition et le besoin de se montrer conquérant et hyperviril. Ceci aussi bien chez l'homme que chez la femme puisque ce qui joue n'est pas la reconnaissance de la différence entre les sexes mais la seule problématique avoir le phallus ou ne pas l'avoir.

4. - CARACTÈRES DOMINÉS PAR LA COMPULSION DE RÉPÉTITION

A côté de ces formations de caractères liées aux caractéristiques relationnelles d'une des étapes de l'évolution libidinale de l'enfant, on a décrit également des *types de caractère qui semblent dominés par la compulsion de répétition.* C'est notamment le cas de ces personnalités qui dans leur souffrance et leurs échecs semblent marquées par le destin, mais pour lesquelles l'analyse plus attentive découvre à l'œuvre le besoin compulsionnel de répéter des situations de souffrance. Elles entrent dans le cadre *des névroses de destinée. Le caractère masochiste* s'en rapproche. Il illustre la satisfaction que peut apporter la souffrance, la recherche de châtiments et l'agressivité retournée contre soi-même. Satisfaction liée à un besoin auto-punitif et à une culpabilité inconsciente mais aussi bien souvent, comme nous l'avons envisagé à propos des principes du fonctionnement mental, à la tentative de maîtrise liée à la répétition active d'une situation traumatique autrefois subie. La répétition de la souffrance est enfin le seul moyen de garder une relation fantasmatique avec l'objet frustrant et cependant aimé, et de le protéger d'un déchaînement agressif en retournant cette agressivité contre le sujet lui-même.

VIII. - LA CONSTITUTION DE L'IMAGE DU CORPS

A côté de la formation progressive de la réalité psychique il nous faut faire une place spéciale à l'intégration des sensations venues du corps qui va jouer également un rôle dans la formation de l'autonomie du moi. L'enfant ne se forme que progressivement une image de son corps. Il commence par être éclaté, morcelé, au niveau de chaque zone du corps recevant les sensations venues du monde extérieur. Puis il rattache chaque zone à lui-même, notamment en s'auto-stimulant : sucer ses doigts ou ses pieds, se toucher, se mordre... Il arrive ainsi à constituer

une unité psychosomatique intégrant les sensations venues du corps à son vécu psychique de continuité, né lui-même de la continuité de sa relation avec sa mère (chap. 2). Mais ce n'est qu'après avoir reconnu le corps de l'autre vers 6/8 mois, qu'il pourra se percevoir en miroir comme une unité corporelle. Puis ce sera l'acquisition de la motricité au cours de la 2e, 3e et 4e année; enfin vers 5, 6 ans celle de la latéralisation : reconnaissance droite-gauche, choix préférentiel d'un côté pour écrire.

C'est aussi à partir de cet âge qu'apparaîtra, en cas d'amputation, *le membre fantôme :* sensation de présence physique du membre malgré l'amputation, conscience de pouvoir faire les gestes habituels et de ressentir les mêmes sensations, éventuellement douloureuses, qu'auparavant. On a ainsi la preuve que l'image du corps n'est pas le seul fait d'informations neurologiques mais résulte aussi de sa construction psychique et de l'investissement libidinal qui en est fait. A l'inverse certains troubles s'accompagneront d'un sentiment de désagrégation du corps, le sujet pouvant ne plus se reconnaître dans le miroir (schizophrénie), d'un sentiment de perte d'un ou de plusieurs organes (syndrome de Cotard de la mélancolie) de sensations d'anormalité de telle ou telle partie du corps en fonction de l'investissement conflictuel qui en est fait. Il s'agira volontiers de parties du corps ayant un caractère phallique : pénis trop petit, trop gros, trop mou... seins, nez (dysmorphophobies). Surinvestissement libidinal ambivalent d'un organe qui devient l'objet de plaintes (hypocondrie).

De même la conception que se font les individus de l'image de leur corps est souvent beaucoup plus fonction de la qualité de l'investissement libidinal de ce corps que de la réalité. Le dessin, au cours de psychothérapies d'enfants par exemple, le prouve facilement ainsi que certains troubles des conduites alimentaires qui s'accompagnent d'une méconnaissance de la réalité physique : anorexique, qui, quelle que soit sa maigreur, se voit toujours trop grosse en fonction même de ses désirs inconscients boulimiques; hystérique dont la paralysie va affecter un territoire découpé suivant la représentation que s'en fait le malade et pas du tout suivant la réalité anatomique de l'innervation. *Ainsi à côté de la réalité de l'anatomie objective il nous faut reconnaître la réalité d'une anatomie du désir.*

La peau a une fonction importante dans la formation de l'image du corps. Elle semble également jouer un rôle essentiel dans l'apparition du sentiment d'unité de l'enfant et dans la constitution de son Moi. De même qu'on peut penser que les échanges liés à la nutrition et le fonctionnement oral servent de modèle corporel sur lequel s'étayent les fantasmes et le vécu psychique accompagnant le processus de l'identification, la peau servirait de « forme » sur laquelle s'appuirait le sentiment du Moi.

La peau est en effet tout à la fois :

- sac qui retient;
- surface qui marque la limite et barrière qui protège;
- lieu et moyen d'échange.

Fonctions qui définissent ce que D. Anzieu * appelle le « Moi-peau », terme par lequel il désigne « ... une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi à partir de son expérience de la surface du corps ».

La peau ne pourra jouer efficacement ce rôle que si elle a été suffisamment stimulée par la mère au cours du développement du nourrisson. Lacunes et conflits dans la qualité de cet investissement, retentiront sur la formation de la personnalité de l'enfant. La pathologie psychiatrique et psychosomatique en seront, entres autres, l'illustration : fréquence des affections cutanées psychosomatiques (cf. chap. 5); syndromes de dépersonnalisation et troubles des sensations cutanées accompagnant l'altération du Moi en pathologie psychiatrique.

Bibliographie d'orientation

ANZIEU D. (ouvrage collectif sous la direction de). – *Psychanalyse et langage.* Du corps à la parole, Dunod, Paris, 1977.
BERGERET J. – *Abrégé de psychologie pathologique,* Masson, Paris, 1976.
FREUD S. – *Inhibition, symptôme et angoisse,* PUF, Paris, 1951.
LAPLANCHE J.L. – *Vie et mort en psychanalyse,* Flammarion, Paris, 1970.

* ANZIEU D. : Le Moi-peau. *Nouv. rev. Psychanal.*, 1974, n° *9*, 195-208.

4

LA PATHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

OBJECTIFS

. *Savoir reconnaître les principales organisations psychopathologiques et leurs interférences dans la relation médecin-malade.*

. *Connaître la signification et la fonction du symptôme en psychopathologie.*

. *Comprendre comment un conflit psychique peut s'exprimer par une plainte somatique; connaître les principales organisations psychopathologiques susceptibles de s'exprimer sous cette forme ainsi que les principes qui peuvent guider l'attitude du médecin.*

. *Savoir différencier les troubles traduisant une construction symptomatique et ceux reflétant une désorganisation de l'appareil psychique.*

. *Savoir définir l'angoisse et l'anxiété; en connaître les différentes modalités d'expression et les significations psychopathologiques.*

. *Connaître les significations psychopathologiques du vécu dépressif et ses modalités d'expression.*

. *Connaître les principes qui peuvent guider la conduite à suivre devant une menace de suicide.*

. *Savoir différencier : construction symptomatique ayant valeur de compromis, passage à l'acte, troubles du comportement, expression corporelle des affects.*

. *Savoir ce qu'on entend par conduites d'addiction et connaître les principes qui peuvent guider leur approche thérapeutique.*

. *Connaître les principaux niveaux de signification des troubles des conduites sexuelles et les principes qui peuvent guider une approche thérapeutique.*

. *Connaître les principaux niveaux de signification des conduites de violence et les principes qui peuvent guider leur approche thérapeutique.*

Nous envisagerons donc dans ce chapitre les principaux modes de fonctionnement pathologique de la personnalité. Les connaissances rapportées ne remplacent pas un enseignement de psychiatrie. Elles n'ont pas pour objectif une étude complète des maladies psychiatriques; mais plutôt d'en présenter les aspects susceptibles d'interférer le plus avec la pratique médicale courante. Ce sera essentiellement le cas :

– soit parce que les troubles psychiques s'expriment sous le masque de troubles somatiques;

– soit parce que les troubles de la personnalité provoquent des perturbations de la relation, auxquelles tout médecin doit pouvoir répondre et qui ont, par leur caractère excessif, valeur exemplaire pour comprendre et traiter des difficultés relationnelles moins importantes et plus courantes.

Nous insisterons donc surtout sur l'aspect relationnel de la pathologie de la personnalité et le vécu psychique qui l'accompagne. Nous laisserons volontairement de côté toutes les autres composantes de ces troubles : génétiques, biochimiques, neurologiques... En mettant en avant leur composante relationnelle, nous ne voulons pas dire qu'elle serait la cause exclusive des perturbations, ni leur seul effet, mais qu'elle représente le facteur essentiel interférant dans la communication et celui sur lequel l'attitude du médecin et son mode de communication auront la plus grande influence.

I. – SIGNIFICATION DU SYMPTOME EN PSYCHOPATHOLOGIE

1. – DÉFINITION

Comme dans toute sémiologie (sciences des signes) le symptôme, pour devenir signe aux yeux de l'observateur, doit faire l'objet d'une interprétation. C'est cette activité interprétative qui permettra au symptôme de prendre sens en le renvoyant à une réalité intelligible constituée par l'ensemble des signes et leurs liens d'association ou d'exclusion réciproques.

L'activité sémiologique se déroule donc en deux temps : le repérage des symptômes et leur rattachement à une réalité que l'on pourrait dire seconde dans la mesure où elle n'est pas manifeste immédiatement, et qui est celle de la sémiologie. Il y a, en fait, interpénétration entre les deux temps, car c'est dans la mesure où nous connaissons la sémiologie

que nous repérons des symptômes qui sans cela passeraient inaperçus. De même la présence de certains symptômes, du fait de leur association habituelle à d'autres signes dans la sémiologie, conduira l'observateur à rechercher activement d'autres symptômes, actuellement inaperçus, mais qu'il s'attend à trouver.

Il en sera de même pour les symptômes psychopathologiques qui, au-delà de leur manifestation apparente, nécessitent leur rattachement à un ensemble de conduites comportementales ou fantasmatiques qui leur conférera leur sens et leur cohérence au sein de la personnalité.

Nous avons vu au chapitre 3 que le symptôme était *une des voies possibles du retour du refoulé,* expression plus ou moins déguisée et déformée de l'inconscient. Comme toutes les manifestations exprimant un retour du refoulé, le symptôme représente en effet une *formation de compromis* entre la satisfaction du désir inconscient et les interdits et conflits qui s'opposent à son expression libre. Comme pour le rêve, le désir n'y pourra figurer que déguisé et ayant subi des déformations le rendant plus ou moins méconnaissable.

Le symptôme portera la marque de cette scission conflictuelle entre des forces contraires qui est à l'origine de sa naissance. Il reflètera, dans ses modalités d'expression, le poids des forces inconscientes cherchant à s'exprimer et à franchir les obstacles qui s'y opposent. On retrouvera donc à son niveau les caractères habituels des manifestations de l'inconscient :

- l'irrationnalité,
- la répétition.

> Ce qui définira le symptôme psychopathologique ce sera donc son caractère forcé, imposé au moi, incoercible, répétitif, stéréotypé, provoquant une souffrance plus ou moins grande du sujet. Celui-ci se trouvera donc divisé entre une partie de lui qui souffre et voudrait se débarrasser du symptôme et l'autre partie qui s'exprime au travers du symptôme.

Le symptôme psychopathologique en effet ne se déclenche et ne se maintient qu'en raison de la satisfaction qu'il apporte au sujet. Sa survenue est conforme au principe de plaisir et tend à obtenir un bénéfice économique par une diminution de tension. Ce bénéfice est mis en évidence par la résistance du sujet à la cure, qui tient en échec le désir conscient de guérir. **Il s'agit là du bénéfice primaire de la maladie qui témoigne :**

- de la satisfaction de la pulsion inconsciente que permet le symptôme;

- du maintien du lien avec les premiers objets auxquels la pulsion inconsciente était primitivement liee. Le symptôme est le garant et le

témoin pour l'inconscient du fait que ces premiers objets sont toujours vivants et qu'il ne les a pas perdus;

– du plaisir procuré par la décharge tensionnelle et l'apaisement du conflit permis par le symptôme.

A ce bénéfice primaire s'ajoute un **bénéfice secondaire** lié aux gains divers que le sujet peut tirer secondairement de l'exploitation de sa maladie.

Aussi le symptôme risque-t-il rapidement d'être investi narcissiquement par le sujet, de faire partie de lui et de devenir son mode de communication avec l'entourage, substitut de ce qu'il croit ne pas pouvoir trouver dans la réalité extérieure. On comprend dans ces conditions que toucher brutalement au symptôme puisse provoquer un afflux d'angoisse.

Si on n'agit pas suffisamment vite le sujet s'installe dans la maladie et « ... le moi se comporte comme s'il était guidé par cette idée que le symptôme est là désormais, et ne saurait être éliminé : il n'y a qu'à fonctionner avec cette situation et en tirer le plus grand avantage possible » (FREUD, *« Inhibition, symptôme et angoisse »*).

> Par son caractère de compromis le symptôme, quelles que soient les plaintes du patient, représente donc toujours une certaine solution à ses difficultés, qui généralement le mène dans une impasse et l'aliène, mais qui lui évite la prise de conscience d'un conflit.

2. – MOMENTS ET CONDITIONS D'APPARITION DU SYMPTOME

Les troubles psychopathologiques ont leurs racines dans la formation de la personnalité et donc dans l'enfance du sujet. Cependant le plus souvent ils ne se manifestent franchement que tardivement au moment de la fin de l'adolescence ou un peu au-delà. Pourquoi ce décalage?

On peut le comprendre si on admet la nécessité pour donner naissance à un trouble psychopathologique de la conjonction d'une histoire, d'une structure de la personnalité telle qu'elle s'est organisée et figée au cours de l'histoire et de facteurs conjoncturels provenant de la réalité extérieure. La variation de l'importance respective de ces facteurs est infinie. Il est en effet certain que l'on peut voir tous les intermédiaires entre les troubles apparaissant dès la petite enfance et ceux qui nécessitent pour se révéler la survenue de traumatismes externes de plus en plus importants. A la limite tout sujet placé dans des conditions suffisamment traumatisantes est susceptible de manifester des symptômes psychopathologiques par exemple sous l'effet de la frayeur, de la torture, de drogues, de privations sensorielles par isolement prolongé...

Dans la plupart des cas ce seront certaines situations privilégiées, du fait de leurs significations affectives et symboliques qui seront l'occasion de l'apparition de troubles :

– adolescence, en raison de la nécessité d'assumer une identité sexuée et d'achever le processus d'individuation et de séparation du milieu familial,

– mariages, ou établissement de relations amoureuses, paternité ou maternité,

– perte de personnes aimées ou d'idéaux, échecs.

3. – SANTÉ PSYCHIQUE ET ORGANISATION PSYCHOPATHOLOGIQUES

Tous ces facteurs de rupture de l'équilibre d'un sujet, vont amener ce dernier à des remaniements internes pour tenter de constituer un nouvel équilibre en utilisant en particulier, *les mécanismes de défense* qu'il aura élaborés au cours de son développement, auxquels viendront s'ajouter les symptômes et les troubles des conduites. C'est dans la mesure où le nouveau système défensif se caractérisera par sa rigidité, sa répétitivité, sa stabilité que l'on pourra parler d'organisation psychopathologique. Il se différenciera du précédent niveau d'organisation par une moindre souplesse, un rétrécissement du champ des intérêts, une baisse des capacités d'acquisition et le retour à des positions plus régressives. Le psychanalyste et ethnologue Georges Devereux qualifie ainsi de *« dédifférenciation par appauvrissement »* le processus conduisant aux réorganisations pathologiques.

Par opposition à ce caractère forcé, rigide, répétitif des conduites pathologiques, *la santé psychique,* se caractérise par son dynamisme et la possibilité d'échanges :

– échanges entre le sujet et les autres, le monde extérieur en général,

– échanges entre le vécu présent du sujet et son passé : possibilité de se souvenir,

– échanges entre les différentes composantes de son appareil psychique : entre l'inconscient et le conscient, le Moi et le Ça, le Surmoi et le Moi, utilisation alternative et provisoire de différents mécanismes de défense.

Ce bon fonctionnement se reflètera dans *la capacité d'associer* du sujet, c'est-à-dire d'établir des liens, et donc de donner un sens à ce qu'il vit en le reliant à ce dont il est fait.

Il est classique de distinguer deux grands ordres de troubles psychopathologiques de l'adulte : *les névroses* et *les psychoses.* Il s'agit dans

ces deux cas de troubles psychiques qui nécessitent un diagnostic et une évaluation complète par un psychiatre qui entreprendra ou indiquera le traitement à suivre. A ce titre ils ne font pas partie de l'enseignement de la Psychologie Médicale. Nous les évoquerons cependant ici dans la mesure où ils peuvent se présenter sous des aspects trompeurs de troubles pseudo-somatiques ou être l'occasion d'un déplacement d'une quête affective sur la demande de soins médicaux.

II. – LES NÉVROSES

■ ***Définition et approche psychopathologique.***

Les névroses peuvent se schématiser, sur le plan de leur compréhension psychopathologique comme un conflit entre les demandes pulsionnelles venues du Çà et les exigences du Surmoi, avec un Moi suffisamment fort pour supporter le conflit et tenter de le résoudre grâce à ses mécanismes de défense. Généralement, il y a refoulement des contenus liés au Ça et victoire apparente du Surmoi. Mais le retour du refoulé s'opère par les symptômes qui cependant restent suffisamment limités pour ne pas empêcher le fonctionnement du Moi.

> Le Moi garde contact avec la réalité extérieure et peut percevoir la nature normale de ses symptômes qu'il critique dans leur irrationnalité mais qu'il ne peut faire disparaître. Il les ressent comme étrangers à lui, en souffre et demande une aide pour les supprimer.

Les difficultés des névrosés apparaissent essentiellement dans le champ de leurs relations sociales et affectives. Mais le conflit qui est à leur origine est rarement reconnu d'emblée et avant que les symptômes caractéristiques ne prennent toute leur ampleur, le névrosé exprimera son malaise au travers de plaintes diverses qui auront fréquemment le médecin pour témoin :

– fatigues inexpliquées,

– troubles des grandes fonctions physiologiques : appétit, sommeil, sexualité,

– état d'anxiété chronique,

– vécu dépressif à minima avec absence d'intérêts, tristesse, émotivité, réactions agressives sans causes apparentes,

– et d'une manière plus générale attention exagérée aux moindres manifestations corporelles.

Enfin la répétition des demandes, l'insistance du patient à l'égard du médecin, témoignent de sa quête affective sous-jacente et de sa demande de réassurance, analogue à celle que peut faire un enfant en difficulté auprès de ses parents.

Devant ce tableau clinique et ce type de contact le médecin devra rechercher les signes plus évocateurs d'une des variétés de névrose structurée, qui peuvent dans certains cas occuper d'emblée le devant de la scène.

■ ***La névrose hystérique.*** – Elle se manifeste :

– **Soit par des symptômes de conversion** qui se traduisent par la perte de la fonction d'un ou de plusieurs organes de la vie de relation : musculature striée et organes sensoriels : paralysies, anesthésies d'un ou de plusieurs membres, aphonie, cécité, surdité, impossibilité de se tenir debout, de marcher (astasie, abasie), crises d'allure épileptique... Fait important *il s'agit de troubles de la fonction de l'organe sans atteinte lésionnelle et donc parfaitement et intégralement réversibles.* Ceci au début, car en quelques mois le blocage de la fonction peut entraîner des troubles trophiques, des rétractions tendineuses qui peuvent rendre le symptôme difficilement réversible. Les troubles tels que paralysies, anesthésies, ont un découpage qui traduit la représentation que le sujet se fait de son corps et non pas la réalité de l'innervation motrice ou sensitive. *Mais il ne s'agit pas de simulation qui est une action volontaire, bien maîtrisée et qui n'a pas l'intensité et la durée des troubles hystériques.* Ceux-ci en effet sont la traduction symbolique au niveau du corps d'un conflit inconscient et leur déclenchement est involontaire, même si une certaine complaisance peut exister. La représentation du conflit est refoulée tandis que l'affect lié à ce dernier est « converti » en un compromis symptômatique qui dans le cas de l'hystérie, contrairement à la pathologie psychosomatique, a un sens précis directement lié au conflit originel qu'il exprime sous une forme déguisée. Le corps est le lieu d'une mise en scène d'un drame inscrit dans l'inconscient. Il est utilisé comme le serait un acteur ou comme l'est le visage reflétant les sentiments, et de ce fait il perd sa fonction habituelle mais il n'est pas atteint dans son organisation comme ce sera le cas dans les troubles psychosomatiques.

Les manifestations de conversion hystériques sont dans leurs formes et leurs modalités d'expression, intimement liées aux connaissances plus ou moins inconscientes que le sujet a de son corps et de son fonctionnement. En cela l'hystérique sera très tributaire des modes et des courants d'opinion. C'est ainsi qu'au fur et à mesure que se diffusent les connaissances sur l'hystérie on assiste à un changement dans ses manifesta-

tions. Les troubles d'expression neurologique cèdent la place à des formes difficiles à détecter et plus en rapport avec l'évolution de la médecine : formes d'allure rhumatologique notamment et algies diverses dont l'organicité est plus difficile à contester.

– **Soit par des manifestations de caractère** où s'allient les traits de caractère oraux et phalliques : avidité relationnelle, intensité et instabilité des attachements, suggestibilité, théâtralisme. Les conduites de l'hystérique seront de ce fait généralement marquées par une quête affective incessante et une dépendance objectale importante. Les relations sont avant tout des relations de séduction et de conquêtes ou leurs opposés : bouderies et conduites d'échec affichées. Le mécanisme de défense prévalent est le refoulement. Il se reflètera souvent massivement dans les conduites de l'hystérique : amnésie des faits les plus importants, absence apparente des souvenirs de l'enfance, troubles du jugement reflètant la méconnaissance active de tout ce qui peut rappeler les conflits. Tout ceci entrave le fonctionnement intellectuel de l'hystérique le faisant à tort passer pour quelqu'un de peu intelligent. Cette véritable *inhibition intellectuelle* pouvant confiner à une apparente stupidité constitue également une forme fréquente de symptôme hystérique, véritable conversion où l'organe touché serait ici l'appareil psychique. Elle est particulièrement marquée dans les situations à forte charge émotionnelle et ayant une valeur promotionnelle et de rivalité comme les examens.

La suggestibilité de l'hystérie se reflète dans sa réactivité aux phénomènes collectifs, au cours desquels on peut assister à une véritable contagion des manifestations : transes, possessions...

Suggestibilité et séduction conjuguent parfois leurs effets dans le choix du symptôme qui correspondra à ce que l'hystérique perçoit être l'intérêt du médecin. Elles favorisent également la disparition « miraculeuse » du trouble, véritable cadeau fait au « bon médecin ». Mais cette guérison est souvent transitoire et soumise aux aléas de la relation. Au miracle succèdera le désenchantement témoignant de l'impuissance du médecin, qui risque en concevoir amertume et rancœur, et rejeter sa malade en justifiant son attitude par le qualificatif d'hystérique. Il se sera laissé prendre aux apparences mais n'aura pas su répondre aux véritables difficultés de l'hystérique qui n'aura plus qu'à poursuivre sa quête répétitive.

Nous n'insisterons pas sur les autres névroses dont les manifestations symptomatologiques restent purement psychiques et interfèrent peu avec le corps.

■ ***La névrose phobique*** se caractérise par le déclenchement électif de l'angoisse en présence d'un objet ou d'une situation phobogènes :

animaux (généralement une ou deux espèces spécifiques et plus fréquemment les petits que les gros : souris, araignées, serpents), transports en commun, ascenseurs, espaces publics... La présence d'un personnage rassurant, dit contra-phobique, empêche électivement l'apparition de l'angoisse. Les relations du phobique avec les autres se caractérisent par la recherche d'une distance optimale dont il ne supporte pas la variation et par une série de conduites d'évitement prenant l'apparence de goûts et de préférences. Le mécanisme de défense essentiel est ici la projection et le déplacement des représentations angoissantes sur un objet ou une situation externes qui à la fois font peur et attirent.

■ ***La névrose obsessionnelle*** s'individualise par un type de relation d'objet où domine la maîtrise de l'objet avec ambivalence des sentiments et investissement magique de la pensée; et par des défenses faites surtout de déplacement des affects d'une représentation à une autre et de contre-investissements appelés formations réactionnelles (type propreté contre saleté) dont le réinvestissement par la pulsion provoque les symptômes spécifiques : le doute, les rituels de vérification, les mesures d'annulation. (cf. chap. 3 Les mécanismes de défense).

III. – LES PSYCHOSES

Elles représentent un trouble de la personnalité beaucoup plus profond et grave que les névroses. Elles se caractérisent, toujours sur un plan purement psychopathologique, par une perturbation majeure de la relation avec la réalité externe qui, sous le poids des conflits internes, est en partie niée et refusée. Le conflit est schématiquement entre le Ça et le Moi, représentant de la réalité, et débouche sur l'échec du Moi à médiatiser ce conflit. Le Moi se détache de la réalité et tombe sous l'emprise du Ça au bénéfice duquel il tente de reconstruire une néo-réalité par l'intermédiaire du délire, et des hallucinations. Parallèlement il y a retrait de la libido de ses investissements objectaux et report sur le Moi : sensation de fin du monde faisant place au délire des grandeurs (mégalomanie). Le report parallèle de l'agressivité sur le Moi peut provoquer son éclatement, son morcellement (angoisse de morcellement) et la destruction de ses facultés et de son efficience (évolution terminale de la schizophrénie).

Cliniquement les psychoses (psychoses maniaco-dépressives, paranoïa, schizophrénie pour ne citer que les principales) se manifestent par des troubles importants du contact avec la réalité extérieure et une méconnaissance du trouble, perçu comme étant le fait du dehors et non pas du sujet lui-même, avec absence de demande d'aide.

1. – PSYCHOSE ET DÉFAUT D'INDIVIDUATION

Une des principales caractéristiques de la personnalité psychotique est son défaut d'individuation. Le psychotique reste pour une large part tributaire de ses objets externes, de sa mère en particulier, qu'il parasite et dont il a besoin pour son fonctionnement, tout en se sentant menacé en permanence d'être envahi par eux et d'y perdre jusqu'à son existence. Il y a là une *situation de contradiction fondamentale* très insupportable à vivre et à laquelle le psychotique tente d'échapper grâce à ses symptômes, véritable tentative de défi cosmique de donner naissance à un nouveau monde. *Ce type de relation de dépendance et d'engloutissement mutuels rappelle les premières étapes de la relation mère-enfant* et on a pu incriminer la nature de cette relation à l'origine de ces troubles : persistance anormale de la symbiose initiale; relation d'exclusivité de la mère avec son enfant excluant le père comme tiers; refus de l'autonomie de l'enfant avec rejet par la mère de tout ce qui chez l'enfant témoigne d'une différence; disqualification de ses conduites propres, de ses sensations et de ses sentiments. L'enfant ne peut trouver sa voie personnelle, construire ses identifications et acquérir un fonctionnement psychique autonome. Il reste tributaire d'une relation en miroir avec sa mère, dépendant de l'image qu'elle lui renvoie de lui. Son développement ne peut être vécu que sur le mode des vases communicants et de la relation parasitaire : tout ce qui profite à l'un, nuit à l'autre. Si leurs corps sont séparés, leurs appareils psychiques sont largement confondus. Dans ces conditions, les conflits et d'une manière générale tout ce qui est susceptible d'introduire une différence entre eux, sera difficilement supportable. La sexualisation de la relation apportée par l'adolescence sera généralement la pierre d'achoppement qui fera basculer le fragile équilibre dans le sens d'un trouble manifeste.

2. – ANGOISSE PSYCHOTIQUE ET PLAINTE CORPORELLE

L'angoisse du psychotique est rarement exprimée comme telle par lui mais plutôt « concrétisée » par un malaise corporel. Le corps, seul refuge d'une identité défaillante du sujet, est chargé d'exprimer une souffrance qui ne peut se dire avec des mots sous peine d'introduire une

différence, une séparation et un conflit avec l'objet maternel. Son malaise, son sentiment d'étrangeté, le psychotique l'exprimera par son insistance à trouver son corps malade, tel organe défaillant, bizarre ou malformé, malgré les évidences. De même son angoisse d'éclatement, de perte de son unité, et de morcellement, sera traduite le plus souvent par la sensation que son cerveau se sépare en deux, se déchire ou est le siège de tiraillements insupportables. Le repérage d'une telle personnalité pourra se faire sur : le caractère bizarre, fortement imagé dans le sens de l'étrange, de ses expressions; sa présentation un peu « à côté » de ce qu'on pourrait attendre; son contact trop proche ou trop lointain, ne tenant pas compte de l'interlocuteur; ses émotions souvent paradoxales. Un tel repérage est important car il implique une particulière prudence dans les prescriptions et les investigations et la nécessité d'aménager au mieux une relation, toujours un peu explosive, en s'appuyant notamment sur la protection et la garantie que représente le rituel médical. Ce dernier intervient comme un tiers médiateur dans la relation dont nous venons de voir qu'elle se caractérisait justement par le défaut de ce tiers et par le risque qu'elle bascule dans une relation parasitaire de type maternel.

3. – L'HYPOCONDRIE

L'hypocondrie définit ce type de relation au corps caractérisé par un investissement excessif d'une ou plusieurs parties du corps avec exacerbation des moindres sensations physiologiques. Il s'agit d'un trouble purement psychique, sans lésion organique, ni même trouble fonctionnel ou perturbation de la fonction comme dans l'hystérie. Le corps est lui-même muet, mais le sujet l'utilise pour exprimer une *plainte.* Plainte dont la tonalité fortement ambivalente est manifeste : à la fois requête affective et revendication agressive. Ce qui la spécifie en effet, c'est son caractère insistant que rien ne vient apaiser. La revendication ne cesse pas, quel que soit le traitement proposé témoignant de l'avidité et de l'insatiabilité qui la sous-entendent, ainsi que de la radicale impuissance d'autrui à la soulager. Elle a valeur d'un compromis particulièrement efficace et stable et fait souvent l'objet d'une *conviction* délirante qu'aucune argumentation logique ni preuve matérielle ne sont capables d'ébranler.

> Il faut savoir que supporter cette plainte, sans la rejeter ni faire de surenchère, est souvent le moyen le plus efficace d'en diminuer la portée tout en facilitant la possibilité pour le patient de s'ouvrir à d'autres intérêts.

Par contre il peut être très dangereux de vouloir à tout prix en débarasser le patient notamment par les interventions chirurgicales qui se voudraient radicales. Privé de son arme, le patient risque de se retourner contre le médecin trop zélé et de le poursuivre pour un préjudice, sur l'inexistence duquel il sera d'autant plus difficile de s'appuyer, que l'intervention et sa cicatrice mutilante viennent donner au fantasme sous-jacent l'apparence d'une réalité externe.

La plainte hypocondriaque ne fait pas toujours partie d'un tableau psychotique avéré; néanmoins elle témoigne par elle-même d'un investissement essentiellement narcissique et de l'existence d'un conflit très archaïque, à manier avec beaucoup de prudence. Encore une fois, mieux vaut savoir le respecter sans pour autant l'entretenir, et savoir attendre que le sujet n'en ait plus besoin, que de tenter à tout prix de l'ôter.

IV. – L'ÉCHEC DES ORGANISATIONS DÉFENSIVES

Les névroses, et dans une moindre mesure les psychoses (cf. ce que nous avons dit de l'expression somatique de l'angoisse psychotique), représentent des formes organisées de pathologie mentale avec des conflits ayant donné naissance à des modes de défenses mentalisées nécessitant pour apparaître un important travail mental. Le symptôme a valeur de formation de compromis et représente une construction psychique, fruit d'une tentative d'élaboration des conflits.

> A côté de ces variétés « mentalisées » existent des formes de pathologie où domine la désorganisation et le débordement de l'appareil psychique. L'organisme doit recourir à d'autres types de défense que les défenses mentales pour éliminer le surcroît de tension auquel il doit faire face.

Les manifestations symptomatologiques ne sont plus une construction psychique signifiante mais reflètent directement la désorganisation psychique et la souffrance de l'organisme.

L'échec des défenses se traduit généralement par l'apparition de *l'angoisse* ou d'une *réaction dépressive.* Il faut bien comprendre en effet que les symptômes névrotiques ou psychotiques représentent une certaine solution du conflit, même si cette solution est une impasse. Les symptômes protègent le sujet de l'angoisse. C'est quand ils seront insuffisants que celle-ci réapparaîtra. C'est ce qui explique la relativement bonne tolérance des patients envers leurs symptômes. Tolérance qui est maximale dans l'hystérie de conversion ou le patient supporte sans la

moindre plainte ou réaction dépressive son handicap : c'est la classique « belle indifférence » des hystériques à l'égard de leur symptôme quelle qu'en soit l'ampleur et la gravité. La rupture brutale des défenses peut se traduire par des tableaux cliniques aigus reflétant la désorganisation du Moi qui perd contact avec la réalité externe, comme c'est le cas dans les états confusionnels avec désorientation temporo-spatiale. Il s'agit d'une urgence psychiatrique nécessitant des mesures spécifiques pour lesquelles nous renvoyons le lecteur aux traités de psychiatrie.

Les états psychotiques aigus, tels que les bouffées délirantes, sont également susceptibles de répondre à un débordement des mécanismes de défense habituels par une rupture des investissements des objets externes. Mais, comme dans toute psychose, il y aura plus surinvestissement du monde interne fantasmatique (délires-hallucinations) avec recours aux mécanismes de défenses psychotiques (cf. chap. 3) que désorganisation proprement dite.

1. – L'ANGOISSE

■ ***Définition.*** – Elle est définie classiquement comme une peur sans objet. Définition qui reflète bien son caractère apparemment immotivé et donc irrationnel. En cela elle s'oppose à la peur qui répond à une crainte motivée par un objet ou une situation externe ressentis comme dangereux.

L'angoisse est avant tout une *expérience psychique,* faite d'un vécu de malaise interne avec sensation d'imminence d'un danger d'autant plus inquiétant qu'il ne peut être rattaché à aucune cause précise. Ce flou, cette imprécision de la menace, empêchent toute défense efficace et toute tentative de maîtrise de la situation, accentuant en retour l'angoisse qui peut aboutir à la panique.

A ce vécu psychique, qui confère à l'affect d'angoisse sa tonalité spécifique, s'associent souvent ce que l'on a appelé les *concomitants physiologiques* de l'angoisse. Ils sont faits de sensations corporelles diverses à caractère pénible voire franchement douloureux et touchant essentiellement la musculature lisse et le système nerveux végétatif : sensation de gorge serrée, boule d'angoisse œsophagienne, précordialgies, manifestations dyspnéiques, pesanteur gastrique. Ces sensations peuvent être essentiellement subjectives, ou s'accompagner de troubles neuro-végétatifs non spécifiques rencontrés dans tout état de stress : tachycardie, modifications vaso-motrices, troubles de la sudation, du transit intestinal, lipothymies...

Vécu psychique et concomitants physiologiques peuvent être intenses et aigus, allant jusqu'à la crise d'angoisse aiguë et le raptus anxieux où les possibilités de contrôle du Moi sont totalement débordées, pouvant

conduire à des actes dangereux et nécessitant des mesures d'apaisement d'urgence. Ils peuvent, au contraire, évoluer à minima, formant un fond continu *d'anxiété.*

■ ***Modalités d'expression.*** – Mais l'affect conscient d'angoisse demande pour être reconnu comme tel par l'intéressé, un travail de représentation mentale. Cette « mentalisation » de l'angoisse n'est pas toujours possible et, dans ce cas, l'affect d'angoisse ne sera pas reconnu et ne s'exprimera que par ses composantes somatiques et physiologiques. Nous reviendrons sur ces notions dans le chapitre 5.

Comme tout affect, l'angoisse nécessite en effet pour pouvoir être reconnue, ressentie et nommée par le sujet lui-même que celui-ci soit capable d'une activité de symbolisation, au sens où nous l'avons définie précédemment et soit suffisamment unifié et cohérent pour percevoir ses affects comme lui appartenant. Si ces conditions ne sont pas réalisées, comme dans les troubles psychiques de nature psychotique, *le sujet apparaîtra angoissé aux yeux de l'observateur, mais il ne le ressentira pas lui-même. Il traduira son malaise généralement par des plaintes au niveau de son corps,* sans lésion organique, ni même troubles physiologiques (hypocondrie). Ces plaintes peuvent prendre une tonalité plus ou moins délirante, traduisant au niveau somatique, le vécu psychique d'angoisse : tension qui ronge le patient, perte d'un organe, sensation d'une douleur lancinante qui ne le lache pas et qui sera souvent exprimée avec la même luxuriance de qualificatifs et de détails que d'autres utilisent pour tenter d'exprimer l'ineffable de leur angoisse.

■ ***Significations.*** – Sur le plan de sa compréhension psychodynamique, l'angoisse est généralement entendue comme ayant la valeur d'un *signal de danger* pour le Moi. Elle traduit la présence d'un conflit qui, par son intensité, déborde les capacités de défenses et d'élaboration du Moi. L'angoisse a donc bien une raison d'être mais son objet est interne (le conflit psychique) et le plus souvent inconscient.

Elle a pour caractéristiques d'être avant tout *« imaginaire », c'est-à-dire liée à la réalité psychique, et répétitive, c'est-à-dire liée aux expériences antérieures.* En effet, le signal de danger que représente l'angoisse fonctionnera souvent dans la mesure où une situation présente évoquera une situation passée vécue comme pénible ou dangereuse. Evocation qui peut reposer sur des éléments purement symboliques, voire sur l'écho que rencontre en nous un simple mot. Ainsi toute coïncidence trop brutale entre le monde interne fantasmatique refoulé et des éléments de la réalité externe qui le redouble, sera susceptible de court-circuiter le travail d'élaboration psychique et les défenses, et

de provoquer l'angoisse. Par exemple toute relation transférentielle ravivant des émois refoulés, suscitera une réaction d'angoisse.

D'une manière générale, toute excitation psychique trop importante est susceptible de déborder les capacités de maîtrise de l'appareil psychique, qui réagira par l'angoisse (cf. le traumatisme, chap. 1 et 3). Celle-ci reflète une défaillance des possibilités de maîtrise et de contrôle du Moi et, en cela, peut avoir un rôle dynamique, obligeant à une évolution et à un travail psychique supplémentaire. Elle peut ainsi refléter une évolution de la personnalité, et toute situation de changement est susceptible de la faire apparaître. **L'angoisse n'est pas par elle-même un phénomène pathologique.** Tout dépendra du contexte dans lequel elle apparaît, de son intensité bien-sûr, de sa durée et surtout des possibilités pour le sujet de se réorganiser. Elle est souvent une puissante motivation d'un désir de changement. Mais toute réorganisation, telle qu'elle peut être souhaitée au cours d'une psychothérapie, suppose des phases passagères de désorganisation signalées par l'apparition d'angoisse qui peut alors avoir une valeur positive et accompagne la prise de conscience nécessaire de conflits refoulés. Elle ne nécessite donc pas obligatoirement une réponse chimiothérapique, par contre, elle justifie toujours un essai de lui donner un sens. Mais trop importante, débordant les capacités d'élaboration pratique du sujet, elle ajoutera ses propres effets désorganisateurs à ceux qui lui ont donné naissance et nécessitera alors un recours aux effets sédatifs des tranquillisants ou des neuroleptiques afin de permettre au Moi de retrouver ses capacités de fonctionnement.

La compréhension psychodynamique de l'angoisse a permis de dégager, au-delà d'une présentation symptomatique qui peut être semblable, plusieurs niveaux de signification, selon le type de conflits qui la sous-tend. L'angoisse peut refléter des conflits entre les instances bien différenciées d'un Moi relativement fort et individualisé : conflits entre Ça et Surmoi généralement. Ce dernier, par ses interdits, vient entraver la réalisation des désirs du Ça et limiter les possibilités de plaisir et de jouissance du sujet.

a) Le prototype en est **l'angoisse de castration** liée au conflit œdipien. Pour échapper à ce danger imaginaire, le sujet pourra s'imposer une sorte de castration préventive en limitant sur un point ses capacités et ses plaisirs. Par exemple, on observe souvent chez des patients ayant des conflits œdipiens restés très vifs, l'apparition d'une angoisse à expression somatique prévalente les « handicapant », à l'occasion de leur mariage, d'une naissance d'un enfant, d'un succès professionnel, comme s'il fallait payer d'un côté ce que l'on gagne de l'autre. C'est cette même menace inconsciente d'un châtiment qui fait dire, dans les expressions populaires qu'il ne faut jamais être trop content, ou mani-

fester sa réussite car Dieu vous punira. Ailleurs, ce sera à l'occasion de la disparition de la figure paternelle, ou d'un accident survenu à un collègue de même âge et proche, qu'apparaissent des inquiétudes somatiques, voire des troubles physiques authentiques (cf. les cas exposés en 2e partie). Tout se passe comme si le patient cherchait ainsi à prévenir une atteinte semblable de lui-même, et ce d'autant plus qu'il aura été en rivalité avec ces personnes et peut secrètement éprouver du plaisir à les voir diminuer.

b) **L'angoisse d'abandon** représente la peur de perdre l'objet aimé, duquel on se sent dépendant et qui est ressenti comme étant nécessaire pour assurer la cohésion du Moi. L'unité et la cohésion du Moi ne sont pas entamées mais le sujet n'est pas suffisamment autonome et individualisé (insuffisance des identifications) pour se passer de l'objet avec lequel il est dans une relation de dépendance. En pathologie on pourra retrouver cette angoisse dans les états-limites (entre névrose et psychose), la névrose d'angoisse, les structures psychosomatiques et ce qu'on regroupe sous l'appellation de conduites d'addiction : alcoolisme, toxicomanie...

Il ne s'agit plus, comme dans la forme précédente, d'angoisse liée à un conflit entre désirs et interdits, mais d'une menace sur le Moi lui-même, s'il perd l'appui de l'objet qui le soutient. On comprend cependant que le conflit d'interdit puisse déboucher sur ce type de menace d'abandon, par perte de l'amour de l'objet porteur des interdits.

La plainte somatique peut constituer un moyen privilégié de retrouver un appui.

c) Enfin, **l'angoisse de morcellement** est la forme la plus grave et la plus archaïque d'angoisse car la menace porte sur le fondement même du Moi, à savoir le sentiment de former une unité et de représenter une continuité. Nous en avons vu la genèse dans la deuxième partie. Une perturbation de ce niveau ne se rencontre que dans les troubles graves de la personnalité (psychose).

2. – LA DÉPRESSION

■ ***Signification psychopathologique.*** – Elle reflète comme l'angoisse une faillite, au moins partielle, des mécanismes de défense élaborés. Elle se traduit par une régression du Moi qui abandonne tout ou partie des investissements antérieurs pour se replier sur lui-même et son monde intérieur. L'agressivité suit ce mouvement de repli et s'en prend au Moi lui-même au nom de ses interdits ou de ses idéaux, allant jusqu'à l'auto-accusation du mélancolique et à l'auto-destruction.

On peut dire de la dépression ce que nous avons dit de l'angoisse.

Elle n'est pas nécessairement le témoignage d'un échec et peut représenter une modalité normale de repli et de régression de la personnalité devant des traumatismes externes, le deuil d'objets actuels ou infantiles, des prises de conscience de conflits latents, l'abandon de symptômes ou de positions défensives. Elle nécessite toujours aide et soutien. Mais celui-ci ne passe pas obligatoirement par la chimiothérapie. Il faut cependant noter que ce mouvement régressif de la dépression a souvent une forte connotation orale : boulimie, appétence pour tout ce qui s'avale notamment les médicaments, relations véritablement dévorantes. Il ne faut pas négliger ce besoin de satisfactions orales et sans le favoriser, on doit tenir compte dans les réponses thérapeutiques du niveau de la régression.

■ ***Honte et culpabilité.*** – On distingue deux grands types de vécu psychique de la dépression. Les dépressions liées à un conflit dominant avec le Surmoi et les interdits, avec en arrière plan, s'il y a désobéissance, la perte du lien d'amour avec les figures parentales, qui ont comme trait dominant le sentiment de culpabilité; et les dépressions avec sentiment de honte et d'infériorité, effets de la comparaison avec un Idéal du Moi exigeant.

Mais les modes d'expression de la dépression peuvent être extrêmement variés et trompeurs. A côté du vécu dépressif franc avec rumination mentale et expression d'un conflit existent des formes beaucoup plus insidieuses et difficiles à repérer.

■ ***Les formes à expression purement somatique.*** – Céphalées, troubles digestifs, algies diverses, et d'une manière générale *plaintes corporelles,* dont nous venons de voir, à propos de l'hypocondrie, les significations. Comme dans le vécu dépressif nous assistons à propos de la plainte corporelle à un dédoublement de la personnalité (où nous retrouvons le conflit d'instances) : le sujet se plaint d'une partie de lui-même qui devient ainsi comme une présence étrangère. *Mais il s'agit bien d'une présence avec laquelle le sujet entretient une véritable relation,* d'autant que nous avons vu à propos de l'identification, combien étaient fréquents les liens symboliques, inconscients du symptôme avec les personnages de l'enfance. *Cette relation est du type sado-masochiste :* le sujet se plaint de son organe mais il ne cesse de penser à lui et par son intermédiaire c'est au personnage auquel cet organe est lié qu'il s'adresse. Comme toute relation sado-masochiste, la plainte dépressive est souvent particulièrement tenace : du fait de l'agressivité contenue dans la relation, cesser de penser à celle-ci serait risquer de l'avoir définitivement perdue et détruite et il faut sans cesse s'assurer qu'elle tient toujours. Le médecin devra savoir rechercher d'autres

signes de dépression et s'enquérir d'un contexte pouvant expliquer une réaction dépressive, afin de mettre celle-ci en évidence et la traiter.

■ ***La dépression « essentielle »*** par abandon de tout intérêt et de toute forme d'investissement. Il n'y a plus là de conflit repérable, de lutte intérieure mais une véritable hémorragie des motivations du sujet qui n'ayant plus d'objectif ni d'idéal n'a plus besoin de se plaindre. C'est bien sûr la forme la plus grave de dépression car la plus difficilement mobilisable. Elle apparaît généralement au cours de l'évolution des formes de psychoses pour lesquelles on n'a pas pu trouver de traitement satisfaisant. Elle peut également constituer le soubassement de maladies psychosomatiques, dont la « dépression primaire » de l'enfant en situation de carence affective représente une des formes (Spitz-Kreisler).

■ ***Évaluation du risque de suicide.*** – Avant toute chose, le médecin doit être clair dans sa position par rapport au suicide : le désir de vivre et de mourir existe chez tout un chacun : le thérapeute doit avoir choisi de vivre – sinon son indécision se transmettra, souvent de façon non verbale, au patient et donc l'encouragera. De même, il est dangereux de penser, avec le patient, que la mort est bien la seule solution possible.

La deuxième condition préalable est de ne pas se sentir lié par une conception naïve de la liberté, comme si le suicidaire avait le choix : l'état suicidaire est un état de crise plus ou moins aiguë qui a un début et une fin.

La première façon de prévenir le suicide est de demander à quelqu'un qui a des raisons d'y penser, s'il veut se suicider.

> Parler de son éventuel désir de suicide à un malade déprimé n'est pas « lui donner des idées » car, on peut être sûr que cette idée l'a un jour ou l'autre effleuré. Par contre, craindre d'en parler peut être une façon de le pousser à agir parce qu'il se sent méconnu, davantage seul et pas pris au sérieux.

Il convient de le faire d'une façon simple et claire, en fonction de ce qui vient le plus facilement dans la relation (Pensez-vous à la mort? Voulez-vous mourir? Vous n'allez pas faire une bêtise au moins? etc...). A une question exprimée sans embarras, répond presque toujours un oui ou non sans détours.

Le thérapeute doit alors chercher à savoir s'il y a un plan suicidaire précis qui est beaucoup plus inquiétant qu'une idée encore vague. De plus, la description de ce plan constitue souvent un véritable équivalent émotionnel du suicide qui contribue à en limiter les risques de réalisation.

De même la description précise des éléments ayant déclenché l'état suicidaire suffit souvent à enlever l'« aura » de honte, de terreur, de fata-

lité, dont les entoure l'imagination du patient, et aide ce dernier à les relativiser.

Lorsque le risque suicidaire est ainsi apparu le généraliste doit demander l'avis d'un psychiatre, afin de connaître avec plus de précision la structure de la personnalité, tout en faisant comprendre à son malade qu'il ne s'agit ni d'un rejet ni d'un abandon, mais le témoignage d'un souci de protection et d'un intérêt pour ses conflits et ses difficultés.

On peut alors :

- soit décider d'une hospitalisation,
- soit essayer un traitement ambulatoire de soutien; à condition que le sujet ait pris avec son médecin la décision explicite de vivre et qu'il ait accepté d'envisager d'autres solutions que la mort.

Le médecin ne doit pas hésiter à témoigner de sa sollicitude et à mettre en place des « barrières protectrices » : suppression des médicaments dangereux, rendez-vous rapproches, installation du malade dans un lieu sûr et protégé...

Deux principes peuvent guider l'attitude médicale :

- *toujours prendre une menace de suicide au sérieux et le manifester au patient.* On doit banir le terme fallacieux et dangereux de chantage, qui n'est que la manifestation d'un appel à la relation, auquel il convient de répondre positivement et avec sérieux.
- mais il faut aussi, dans le même temps, *éviter de rendre l'angoisse, de l'entourage notamment, contagieuse* et ne pas y rajouter la propre angoisse du soignant; *connaître ses limites de tolérance et les exprimer au patient avec fermeté* en lui montrant :
  - qu'avec l'arme du suicide il sera toujours le plus fort, car celui qui met sa vie en jeu a toujours plus de poids que celui qui tient à la conserver. Mais une force qui est finalement bien dérisoire et toute entière à son détriment;
  - que l'on ne peut se substituer à lui et lui assurer une totale protection;
  - que son désir de suicide exprime toujours une grande déception et bien des reproches cachés contre ceux censés s'occuper de lui, à commencer par son médecin, reproches qu'il retourne entièrement contre lui.

Ces principes qui peuvent se résumer à :

- témoigner son intérêt et sa compréhension de la gravité de la situation,
- marquer fermement des limites et souligner la dimension agressive du suicide au travers des reproches cachés,

sont ceux que nous retrouverons comme fondement d'une attitude éducative et d'application particulièrement nécessaire avec les personnalités dites orales. (cf. la conclusion de cette 1ere partie).

Mais *une mise en garde : toute suspicion de dépression mélancolique,* pour la description de laquelle nous renvoyons aux traités de psychiatrie, *impose une hospitalisation en milieu spécialisé.*

3. - LA DÉCHARGE DANS LE CORPS

La décharge dans le corps de la tension conflictuelle, non pas au sens symbolique de la conversion hystérique, mais dans le cadre des atteintes somatiques représente également l'échec des défenses mentalisées. En l'absence du sens qui pourrait la relier à l'ensemble de la vie mentale, la décharge pulsionnelle se fait massivement au niveau d'un organe provoquant une lésion (cf. chapitre 5).

V. - LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Tout trouble psychopathologique implique une perturbation du comportement. Mais nous entendons sous cette appellation les troubles caractérisés préférentiellement par une décharge au niveau du monde externe au détriment d'une élaboration mentale et de l'utilisation des mécanismes mentaux de défense.

1. - LE PASSAGE A L'ACTE

Le passage à l'acte y tient une place fondamentale qui nous permet d'en saisir le sens et le rôle dans le maintien de l'homéostasie psychique. Il représente une tentative de résolution de la tension liée au conflit par une décharge immédiate. *Celle-ci vient à la place d'une prise de conscience qu'elle remplace en l'évitant.* Le passage à l'acte permet ainsi de faire l'économie d'une élaboration mentale, du surcroît de tension et de la souffrance qui peuvent en découler. Il peut être d'importance et de gravité très variables, s'associant ou non en des proportions infinies aux formes défensives mentalisées citées plus haut. Il peut se traduire au niveau de la motricité et du comportement social comme *chez les psychopathes et les délinquants,* qui se caractérisent par la brutalité et l'impulsivité de leurs réactions : coups et blessures physiques,

agressions diverses, crises clastiques (casser un objet), actes délictueux. Toute situation motivante pour eux, et ce seront souvent des situations anxiogènes, déclenche une réaction immédiate sans qu'il y ait ébauche d'une lutte intérieure compulsive, comme chez le névrosé, ni même de pensée accompagnant l'acte. Les conséquences de ce dernier ne sont pas envisagées, mais on ne peut pas dire pour autant qu'elles soient totalement ignorées du psychopathe.

En effet, ce qui frappe l'observateur c'est *le caractère répétitif des conduites psychopathiques,* et le fait qu'elles aboutissent régulièrement à une action limitative voire punitive de la part de l'entourage. Le psychopathe semble avoir besoin de ce type de réaction et le rechercher activement. Il paraît obéir en cela à une motivation inconsciente très contraignante et tout se passe comme si était déléguée à cet entourage une partie des fonctions de l'appareil psychique de l'individu et notamment les fonctions de maîtrise, d'organisation et d'interdiction qui rendent l'attente possible et la recherche du plaisir différable. L'environnement joue un rôle de complément de l'appareil psychique, analogue à celui tenu par la mère avec son enfant. Le psychopathe reste ainsi sans le savoir, dépendant d'un entourage dont il ne peut se passer alors qu'il croit s'y opposer. C'est une des formes de l'aliénation.

2. – LES CONDUITES D'ADDICTION

Nous regroupons sous cette appelation, d'origine anglo-saxonne, l'ensemble des conduites dominées par la dépendance à l'égard d'un besoin impérieux et de l'objet susceptible de le satisfaire : alcoolisme, toxicomanie, troubles des conduites alimentaires (boulimie – anorexie mentale).

> Elles se caractérisent, sous l'angle psychopathologique, par le déplacement des relations de désirs concernant des personnes ou leurs représentations fantasmatiques, sur des relations de besoins liées à un objet matériel de la réalité extérieure : alcool, drogue, nourriture.

Il s'agit de personnalités dominées par une problématique relationnelle orale, telle que nous l'avons envisagée aux chapitres 2 et 3. L'envie, avec sa dimension destructrice et vampirique, y joue un rôle déterminant; la relation est de type essentiellement maternel et la figure médiatrice du tiers paternel n'y apparaît guère. L'ordre symbolique et la parole ne sont pas ou peu investis et ne font pas le poids à côté du plaisir immédiat et du sentiment de triomphe que procure la satisfaction du besoin.

On comprend la sécurité et le relatif confort qu'apporte à ces person-

nalités le recours à ce substitut objectal matériel. Il est, potentiellement du moins, toujours à leur disposition, indéfiniment renouvelable, entièrement maîtrisable et sans conflits possibles, totalement absorbable et se confondant avec eux. Mais, et c'est bien là la gravité du problème, il les laisse toujours aussi vides, aussi solitaires, aussi insatiables.

> L'abandon brutal de telles conduites, du fait d'un traitement inapproprié et fait sans soutien psychothérapique suffisant, peut être un facteur de rupture grave de l'équilibre du malade et induire une réaction dépressive, un suicide, une décompensation psychotique.

On comprend également que les tentatives de mobilisation de telles conduites, même pratiquées avec précaution et compétence, s'accompagneront inévitablement de moments difficiles avec accès d'angoisse et passages dépressifs.

Néanmoins la compréhension de leur problématique peut nous permettre d'adopter à leur égard des attitudes susceptibles de les aider, à défaut de les changer. Elles sont de deux ordres et ne peuvent tirer leur efficacité que de leur association complémentaire :

– **Leur apporter une sécurité objectale en leur assurant une continuité relationnelle,** seule capable d'apaiser leur inquiétude et leur quête incessante.

– **Poser des limites à notre disponibilité et à leur voracité,** seul moyen :

- *d'introduire une médiation entre eux et nous* et d'éviter la confusion entre ce qui est eux et ce qui est nous, ce que nous avons et ce qu'ils ont, les autorisant ainsi à exister pour eux et à avoir des choses à eux;
- *de permettre un certain maniement de l'agressivité* en créant des occasions de conflits rendus ainsi plus maîtrisables car portant sur un point limité et ne menaçant pas la relation, de notre part du moins; les conflits sont ainsi rendus moins passionnels que s'ils succédaient à une illusion de partage absolu et de compréhension totale, inévitablement déçue tôt ou tard;
- *de leur procurer une occasion de nous donner quelque chose* en respectant les règles que nous avons posées au préalable. C'est une preuve qu'ils ne sont pas vides et sont eux aussi porteurs de choses qui nous intéressent;
- *de donner sens et valeur à ce que nous offrons* en montrant que cela nous coûte et que nos capacités ne sont pas inépuisables.

Concrètement, cela peut se réaliser par l'intermédiaire d'une sorte *de contrat* passé avec eux, fixant clairement les règles de fonctionnement. Toute infraction au contrat devra être impitoyablement relevée et sanctionnée selon des modalités prévues, seul moyen également :

– *de les ouvrir à la possibilité de réparation,*

– *d'apaiser leur agressivité et leur culpabilité* en leur permettant de réparer, mais également en les autorisant, de fait, à nous en vouloir en ayant un motif précis pour le faire.

– *de valoriser le contrat* et, par son intermédiaire, eux-mêmes en témoignant de l'importance que nous lui accordons et donc de l'intérêt que nous leur portons.

Mais pour que ceci soit possible, il faut qu'un minimum d'intérêt et donc de relation existe entre eux et nous. A nous de créer les conditions propres à susciter cet intérêt initial indispensable et à ne pas le décevoir.

Mais ce type de relation addictive peut se retrouver indépendamment de tout « objet-drogue » précis, ne se manifestant que par la qualité de la relation nouée avec les personnes.

Le médecin est bien placé pour rencontrer ces personnalités dépendantes et avides, friandes de consommation médicale et dévoreuses de temps.

Après une période de tolérance plus ou moins longue, la tentation est grande pour le médecin de se débarrasser de ces patients plus ou moins brutalement; en fait, plus on cherche à les éloigner, plus ces personnalités s'accrochent car elles ne supportent ni la séparation, ni la perte, ni la solitude; la perspective de l'éloignement de l'objet les panique, accentue leur angoisse et les contraint à s'accrocher davantage. La seule attitude thérapeutique nous semble être, là encore, celle que nous avons envisagée sous le mode du contrat.

3. – LES TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT

On peut en rapprocher un certain nombre de troubles du développement du nourrisson et de l'enfant qui représentent autant de voies de dérivation possibles aux conflits que leur appareil psychique encore immature, ne pourra élaborer. Ce type de réponse sera naturellement très induit par l'attitude des parents dont le propre appareil psychique devrait servir de relai à celui de leur enfant. Si eux-mêmes ont des difficultés à tenir ce rôle, ils risquent de favoriser les réponses somatiques ou comportementales de leurs enfants. On pourra voir ainsi apparaître, induits par des situations conflictuelles souvent latentes et camouflées par les symptômes, des troubles des conduites : alimentaires (anorexie-phobies des aliments), excrémentielles (encoprésie, énurésie); des troubles psycho-moteurs (tics, bégaiements, troubles de la latéralisation...), des troubles des apprentissages (parole-lecture-écriture-calcul...).

Un écart peut ainsi apparaître entre le blocage d'une fonction et le

développement harmonieux – du reste de la personnalité de l'enfant. Il peut en lui-même représenter l'équivalent d'un symptôme, prendre valeur de compromis, éponger toute l'angoisse et la tension. La personnalité s'organise autour de cet écart qui lui permettra un certain équilibre et une évolution apparemment satisfaisante par ailleurs. Ce type d'organisation constitue ce que l'on appelle à la suite de P. Male et R. Mises les *dysharmonies évolutives,* appellation qui marque bien que l'évolution de la personnalité se fait désormais autour de cet écart. (cf. chap. 6). On comprend dans ces conditions d'une part que l'avenir de la fonction perturbée est fortement compromis, d'autre part qu'une tentative de traitement ne prenant en compte que la seule rééducation technique de cette fonction, sans tenir compte du rôle que joue cette perturbation dans l'équilibre de l'ensemble de la personnalité, est vouée à l'échec. Enfin cet équilibre est souvent précaire et le trouble a tendance à gagner en extension au cours de la maturation. L'adolescence constitue souvent l'étape décisive marquant l'évolution dans un sens franchement pathologique. Si le trouble porte sur les fonctions intellectuelles on peut voir apparaître le tableau clinique d'une pseudo-débilité, en fait purement fonctionnelle et sans aucun support neurologique.

Nous allons individualiser deux ordres de troubles des conduites qui par leur fréquence, leur importance individuelle et sociale, leur présentation parfois bruyante et spectaculaire, sollicitent particulièrement les médecins et le corps soignant en général.

4. – LES TROUBLES DES CONDUITES SEXUELLES

Nous les individualisons ici en tant qu'ils prennent le devant de la scène, mais nous avons vu qu'ils accompagnaient pratiquement tous les troubles psychopathologiques, névrotiques en particulier. Les troubles peuvent porter sur la fonction elle-même (impuissance, frigidité, troubles de l'éjaculation...) ou sur l'objet sexuel (perversions).

L'acte sexuel comme toutes les conduites humaines élaborées est complexe et demande pour se dérouler l'intervention de plusieurs niveaux étroitement liés entre eux :

■ ***Le niveau des effecteurs anatomiques et physiologiques :*** organes génitaux, innervation, régulation hormonale;

■ ***Le niveau des motivations*** qui s'organise dès les premières étapes de la formation de la personnalité. Il est la forme donnée au besoin sexuel physiologique par l'ordre relationnel et culturel. Le désir sexuel est « informé » par l'ensemble des expériences relationnelles de l'enfant qui, comme nous l'avons décrit aux chapitres 2 et 3, sont intériorisées et constituent l'organisation fantasmatique.

Le poids déterminant de l'environnement dans l'organisation de la vie sexuelle future est bien mis en évidence par les expériences éthologiques. Celles-ci ont pu montrer, par exemple, que la proportion de mâles ou de femelles dans l'environnement du corbeau chouca, durant les premiers mois, conditionnait l'homo ou l'hétérosexualité de l'oiseau devenu adulte. De même, le singe élevé isolément, sans contact avec ses congénères, n'éprouvera aucun attrait sexuel pour eux et développera par contre des conduites auto-érotiques.

Chez l'animal le comportement sexuel sera provoqué par des « déclencheurs » externes (liés à l'odorat, la vue, l'audition...) constituant autant de signaux dont l'agencement précis et spécifique sera responsable du déroulement de séquences comportementales liées les unes aux autres suivant un ordre bien déterminé (cf. chapitre 1).

Chez l'homme le poids de ces « déclencheurs » externes sera considérablement atténué au profit de ces *véritables « déclencheurs » internes que sont les fantasmes;* et si les premiers ont encore un rôle non négligeable c'est le plus souvent, en association avec les seconds.

De ce fait, le problème est rendu plus complexe chez l'homme mais aussi plus susceptible de remaniements de par la richesse et la plasticité de son monde mental. Là encore, la psychopathologie montre *le poids de l'organisation fantasmatique dans le déroulement de l'acte sexuel.*

Le contexte affectif, la culpabilité auront un impact important. Il en est de même de beaucoup de *situations à valeur symbolique susceptibles de raviver l'angoisse de castration :* accidents, décès dans l'entourage, y compris de personnes avec lesquelles le sujet n'avait guère de liens affectifs mais auxquelles il pouvait facilement s'identifier du fait de l'âge, de la profession, ou d'une caractéristique quelconque, mais signifiante pour lui. C'est aussi le cas d'évènements symboliques comme le mariage, l'officialisation d'une liaison, la naissance d'un enfant. Dans tous ces cas, on peut assister à des changements brutaux de la vie sexuelle, avec impuissance chez l'homme, frigidité chez la femme.

La nature des affects mobilisés par les relations sexuelles joue également un rôle important. **La culpabilité et l'agressivité** qui lui est souvent liée font partie de toute relation sexuelle. Devenues trop importantes, notamment par persistance d'un conflit œdipien, elles peuvent entraver le déroulement de l'acte sexuel. Un aménagement fréquent en est la séparation très nette, dans la vie amoureuse, d'un courant tendre ou d'un courant sexuel avec séparation concomitante des personnages. Les fantasmes sadiques sont d'ailleurs un ingrédient régulier des revues pornographiques.

Cet impact des fantasmes ressort également de l'effet stimulant de la sollicitation fantasmatique procurée par les lectures, les histoires, les rêveries, dont l'évocation au cours du coït peut être d'un effet puissant.

De même de nombreuses informations montrent que la perspective de la grossesse possible peut être chez certaines femmes, et chez leurs partenaires masculins également, une condition de l'orgasme, expliquant certains troubles de la vie sexuelle lors de l'emploi de contraceptifs.

Contrairement à ce que peuvent laisser entendre certains courants réducteurs et appauvrissants se réclamant de ce qu'on a appelé la sexologie, mais qui désigne des conceptions fort différentes de la sexualité, *l'homme ne copule pas avec son seul sexe,* ce qui serait en fait une situation abstraite, *mais aussi avec sa tête.* Néanmoins cela ne veut pas dire que des techniques de conditionnement ne prenant en compte, en apparence, que la seule mécanique de l'appareil sexuel ne puissent pas être intéressantes dans certains cas. Ces approches ont souvent un effet déculpabilisant et de plus sollicitent les fantasmes exhibitionnistes et voyeuristes, dont l'effet excitant est habituel, sans que cela soit dit et reconnu, évitant ainsi leur culpabilisation. Elles sont intéressantes chez des sujets peu ouverts à leur vie fantasmatique ou au contraire d'une excessive complaisance à cet égard. De toute façon, les indications doivent être posées par une personne suffisamment compétente et après une évaluation prenant en compte l'état physiologique, rarement en cause, et la structure de la personnalité.

Les perversions témoignent également de l'impact du monde fantasmatique sur la vie sexuelle. Elles illustrent les vicissitudes de la sexualité dans sa relation à l'objet-but. La perversion désigne classiquement une « déviation » par rapport à l'instinct, défini comme un comportement préformé, propre à telle espèce et relativement invariable quant à son accomplissement et son objet. Chez l'homme si on a pu multiplier les formes de perversion : du « sens moral » (délinquance), des « instincts sociaux » (proxénétisme); on entend par là le plus généralement *une déviation par rapport à l'acte sexuel « normal » défini comme coït visant à obtenir l'orgasme par pénétration génitale, avec une personne du sexe opposé.* Il était classique de dire qu'il y a perversion quand l'orgasme est obtenu avec d'autres objets sexuels (homosexualité, pédophilie...) ou par d'autres zones corporelles (coït anal par exemple) ou encore quand l'orgasme est subordonné de façon impérieuse à certaines conditions extrinsèques (fétichisme, transvestisme, voyeurisme et exhibitionnisme, sado-masochisme) qui peuvent même à elles seules apporter le plaisir sexuel et qui en sont des conditions indispensables.

Freud a complètement transformé la théorie de la perversion, en battant en brèche la conception traditionnelle de la sexualité qu'il résume ainsi : « ... la pulsion sexuelle manque à l'enfant, s'installe au moment de la puberté, en relation étroite avec le processus de maturation : elle se manifeste sous la forme d'une attraction irrésistible exercée par l'un des sexes sur l'autre, son but serait l'union sexuelle ou du moins des

actions qui tendent à ce but ». *(Trois essais sur la théorie de la sexualité).* La psychanalyse et l'observation sans parti-pris des enfants montrent qu'il existe une sexualité infantile qui, en tant qu'elle est soumise au jeu des pulsions sexuelles non génitales, étroitement liées à la diversité des zones érogènes, et qu'elle se développe avant l'établissement des fonctions génitales proprement dites, peut être décrite comme *« disposition perverse polymorphe ».* Dans cette perspective, la perversion adulte apparaît comme la persistance ou la réapparition d'une composante partielle de la sexualité. *La sexualité dite normale n'est donc pas une donnée de la nature humaine, mais le fruit d'une évolution complexe et toujours plus ou moins imparfaite de l'individu :* « ... l'instinct sexuel exclusif de l'homme pour la femme n'est pas une chose qui va de soi (...) mais bien un problème qui a besoin d'être éclairci ».

Une perversion comme l'homosexualité par exemple apparaît d'abord comme une « variante » de la vie sexuelle : « La psychanalyse se refuse absolument à admettre que les homosexuels constituent un groupe ayant des caractères particuliers, que l'on pourrait séparer de ceux des autres individus (...). Elle a pu établir que tous les individus quels qu'ils soient sont capables de choisir un objet du même sexe, et qu'ils ont tous fait ce choix dans leur inconscient ». On pourrait même aller plus loin, ajoutent Laplanche et Pontalis, et définir la sexualité humaine comme « perverse » en son fond dans la mesure où elle ne se détache jamais tout à fait de ses origines qui lui faisaient chercher sa satisfaction, non dans une activité spécifique, mais dans le *« gain de plaisir »* attaché à des fonctions ou activités dépendant d'autres pulsions sur lesquelles elles s'étayent (étayage d'une sexualité orale sur la fonction de nutrition) (chapitre 2). Dans l'exercice même de l'acte génital, il suffit que le sujet s'attache excessivement au plaisir préliminaire pour glisser à la perversion.

La survenue d'une de ces « perversions » traduira la fixation ou la régression à un des stades de l'évolution libidinale. Le problème pour la psychanalyse n'est pas de se situer par rapport à une norme sociale, ni de condamner la dite perversion, mais bien de reconnaître les conflits qui auront provoqué la possibilité de la conduite dite perverse. Les conflits sont là et se traduisent par des angoisses, des fantasmes, des mécanismes de défense, peut-être moins voyants que la perversion, mais qui n'en infiltreront pas moins toute la relation d'objet de l'intéressé. Dans la mesure où ce dernier en souffre, fait souffrir son entourage, ou est contraint d'adopter un comportement répétitif, une approche thérapeutique, et donc un essai de compréhension, sont nécessaires.

C'est ainsi par exemple que les vrais problèmes posés par une conduite homosexuelle ne seront pas tant liés aux pratiques sexuelles qui représentent les effets et non pas les causes, qu'à la contrainte liée à la quête du même et à la nécessité de se lier à une figure semblable

à soi. Le caractère insupportable de la différence des sexes dans la relation amoureuse est l'aspect manifeste d'un conflit majeur avec l'image maternelle, qui n'a pu renvoyer à l'enfant une image satisfaisante, et sécurisante de lui-même et le contraint à quêter une image en miroir qui vienne restaurer son narcissisme toujours menacé.

De même derrière la quête éperdue et répétitive des objets amoureux, dont la forme exacerbée réalise le donjuanisme ou la nymphomanie, il faudra voir la fragilité narcissique, l'avidité orale, l'insécurité intense et donc le risque dépressif qui sera finalement l'aspect à soigner. Son narcissisme restauré, le sujet sera alors moins tributaire d'une quête objectale à visée de réassurance.

Mais dans tous ces cas il importe de comprendre que le trouble de la conduite sexuelle est un symptôme qui sous l'apparence d'un comportement similaire, cache des problématiques bien différentes. La signification du symptôme dépend non pas de sa forme, mais de la nature du conflit dont il n'est qu'une des expressions. C'est de l'évaluation du conflit et de la personnalité sous-jacente que dépendront traitement et pronostic. C'est souligner encore une fois combien il est abusif d'enfermer les individus en catégories correspondant au trouble d'une de leurs conduites : les homosexuels, les pervers, comme les alcooliques ou les drogués... c'est de plus très dangereux car il s'agit de personnalités fragiles et dépendantes qui vont trouver là une occasion de s'identifier à un modèle que la société leur fournit.

5. – LES CONDUITES DE VIOLENCE

Notre but ne sera pas d'en faire l'inventaire mais d'en repérer les grandes modalités d'expression afin d'en dégager une compréhension et les attitudes et réponses qui en découlent.

On peut schématiquement décrire deux grands types de violence : hétéro et auto-agressive.

Les formes hétéro-agressives sont les plus aisément reconnaissables. Elles trouvent leur expression la plus achevée dans le passage à l'acte violent, impulsif et incontrôlable, décharge immédiate sans aucune élaboration mentale ni possibilité d'être différée. Il va de la réaction clastique au coup et au meurtre. La désorganisation psychique est maximale dans la grande crise clastique avec amnésie plus ou moins complète de l'épisode aigu. La violence peut également prendre la forme de conduites anti-sociales : vol, délinquance, agressions sexuelles, sadisme, homicide.

Les formes auto-agressives se traduisent souvent par la dépression avec auto-accusation et au maximum suicide. Elles peuvent également

se manifester par les nombreuses variantes des conduites d'auto-mutilation.

Il est important de *repérer la dimension agressive et de colère existant derrière toute manifestation dépressive.* C'est une violence que le sujet s'inflige à lui-même mais également, au travers de lui, à ceux qui l'entourent et qui l'aiment : au premier rang ceux qui lui ont donné naissance, mais aussi les soignants qui s'occupent de lui. *Les reproches et critiques que le déprimé s'adresse à lui-même sont également dirigés contre l'objet qui a failli, l'a abandonné ou ne lui a pas donné ce qu'il fallait pour correspondre à l'image idéale de lui-même qu'il souhaitait.* (cf. ci-dessus : la dépression).

> Il est en effet capital que les soignants sachent expliciter au malade cette dimension de sa maladie, car elle peut contribuer à sortir le déprimé de son enfermement sur lui-même, en redonnant un sens relationnel à sa plainte et en lui témoignant l'intérêt de l'entourage qui lui aussi est atteint et souffrant. Cette manifestation d'intérêt exprime au déprimé qu'il a encore une action sur son environnement et constitue en fin de compte la meilleure des revalorisations.

Nous avons envisagé dans le chapitre 1 les discussions sur la nature de l'agressivité : innée ou réactionnelle à la frustration. Quoiqu'il en soit, *les conduites agressives ont tendance à s'auto-entretenir en provoquant des réactions en miroir et de rejet de la part de l'environnement.* L'engrenage sado-masochiste en est souvent la conséquence. Nous avons également vu qu'elles relevaient fréquemment d'un mécanisme d'identification à l'agresseur et de répétition des traumatismes et des relations frustrantes initiales, seul moyen de conserver un lien avec l'objet et d'éviter un deuil catastrophique. Elles peuvent s'organiser sur le mode de la destructivité orale : rage destructrice, rejet de tout, ou relation vampirique qui anéantit le partenaire; ou sur le mode de l'analité : plaisir de contraindre l'autre, de le dominer et de le maîtriser.

Les relations d'attachement de nature vampirique peuvent représenter une véritable violence à l'égard de l'objet d'amour. Ce dernier se retrouve totalement envahi, perdant son autonomie, tout en percevant qu'il est investi non pas pour ses qualités propres, mais comme support imaginaire des besoins de celui qui le parasite ainsi.

Une telle relation n'est pas rare dans la pratique médicale, le médecin pouvant être investi comme un objet de besoin. Tout rapprocher excessif peut exacerber ce type de relation faisant naître des illusions qui peuvent être dangereuses car source de déceptions cruelles. Il s'agit de formes de relation témoignant de fixations archaïques à la mère sur le mode de la relation symbiotique primitive. La meilleure façon de se situer et le meilleur traitement résident dans l'introduction d'un tiers qui peut être ici la fonction soignante et le rituel médical apportant la

médiation et la limite de la convention culturelle et de la barrière technique. Cette médiation peut permettre de rétablir une distance suffisante sans pour autant avoir recours au rejet source de blessures inutiles. (cf. ci-dessus : les conduites d'addiction).

Il existe des formes de violence plus subtiles qui ne se reconnaissent pas comme violentes et n'en exercent que des effets encore plus pernicieux. Cela s'applique en particulier aux troubles de la communication que nous avons décrits au chapitre 1 : *relations paradoxales ou de disqualification.* L'appropriation d'un enfant par sa mère à des fins purement narcissiques, destinées à ses seuls besoins et satisfactions à elle, en est également une forme particulièrement pathogène conduisant fréquemment à des troubles psychotiques, c'est-à-dire à une destruction de l'individualité de l'enfant et de sa capacité à penser par lui-même. L'effet en est d'autant plus pernicieux que l'enfant ne peut se révolter, car sa mère donne l'apparence de le combler et de tout lui accorder. Tout mouvement de révolte et d'autonomie est vécu par la mère comme une tentative de la détruire et une absence de reconnaissance pour son dévouement.

Le sujet agressif est donc un sujet en souffrance. Il faut éviter de lui renvoyer un comportement en miroir exprimant la même agressivité. Cela le conforterait dans une attitude, que celle de l'entourage vient ainsi secondairement justifier. Ce qui ne veut surtout pas dire qu'il faut laisser la violence se déchaîner sans limite. *Être compréhensif n'empêche pas d'être ferme et fort. Il ne faut pas confondre fermeté et répression. Celle-ci renforce les liens sado-masochistes et la violence, celle-là rassure et sécurise.* Il convient face à la violence d'éviter les attitudes de prestance et le rapport de force. Il est préférable de chercher une nouvelle voie d'expression en essayant en particulier d'introduire la parole à la place du passage à l'acte. La parole permet l'attente, la symbolisation, et donne le temps et les moyens au Moi et à ses fonctions de se restaurer. Les attitudes ont souvent une importance primordiale face à quelqu'un de violent : vouloir crier plus fort que lui, se tenir debout face à lui font ressentir l'interlocuteur comme une menace et renforcent l'agressivité du patient; prendre un siège et s'asseoir diminuent la tension; un homme assis n'est pas perçu comme menaçant et est rarement frappé.

La violence a souvent une dimension d'appel face notamment à un besoin de dépendance ressenti comme trop contraignant. Être violent est alors un compromis qui donne le sentiment d'être indépendant puisqu'il y a opposition, tout en permettant de garder un lien, souvent intense mais méconnu, avec l'objet. Ce type de problématique est particulièrement agissant à l'adolescence où il sert souvent de défense contre les attachements liés en particulier à la sexualité.

La fin d'une crise de violence est souvent un moment propice pour

établir des contacts. Malheureusement c'est habituellement l'entourage effrayé qui prend le relai de la conduite agressive. En fait :

> S'il est souvent utile et même indispensable de sanctionner l'acte violent, quelles qu'en soient les motivations profondes, afin d'atténuer la culpabilité et de montrer nos capacités de contention, il est non moins souvent inapproprié de prendre des mesures spectaculaires et de rejet. Le passage à l'acte violent en apaisant la tension interne, provoque une sédation et permet au dialogue de s'instaurer, à condition que l'entourage sache le susciter, voire même l'imposer. S'il est l'occasion d'un échange, d'une compréhension supplémentaire, il perd sa valeur destructrice et constitue un des meilleurs moyens de sortir de la répétition.

Quand un service, et une équipe médicale ou soignante en général, ont compris et expérimenté cela, ils peuvent parvenir à éviter beaucoup de passages à l'acte et quand ces derniers surviennent, ils peuvent leur trouver spontanément une solution, sans appel de psychiatre ni transfert dans des services spécialisés.

Bibliographie d'orientation

GUELFI J. D. – *Éléments de psychiatrie,* Éditions Médicales et Universitaires, Paris, 1976.

EY H., BERNARD P., BRISSET Ch. – *Manuel de psychiatrie,* Masson, Paris, 1978.

LEMPERIERE TH., FELINE A. – *Psychiatrie de l'adulte,* Masson, Paris, 1977.

MAZET PH., HOUZEL D. – *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,* 2 volumes, Maloine, Paris, 1975.

MISES R. – *L'enfant déficient mental,* PUF, Paris, 1975.

5

LA PATHOLOGIE PSYCHOSOMATIQUE

OBJECTIFS

. Connaître les différents modes d'expression de l'angoisse.

. Savoir à partir de quel moment il y a « stress » et pour quelles raisons un tel contexte peut avoir un rôle pathogène.

. Savoir rechercher à l'origine d'une décompensation psychosomatique une situation de perte objectale ou de blessure narcissique.

. Comprendre pourquoi les changements de statut social et les phases de maturation par lesquelles passe naturellement tout individu, constituent des périodes de crise menaçant l'homéostasie psychosomatique.

. Connaître les principales caractéristiques de quelques grands profils de personnalité.

. Savoir quel type d'organisation psychique rend le sujet plus vulnérable devant le risque de maladie somatique.

. Comprendre en quoi certaines particularités du développement infantile peuvent favoriser un tel mode d'organisation.

. Percevoir les implications thérapeutiques d'une telle appréhension globale de l'homme malade.

A l'époque où cet ouvrage est écrit, « la psychosomatique » se trouve être l'objet d'un incontestable regain d'intérêt. La prolifération de publications sur ce domaine, le recours aux modèles explicatifs qui lui sont propres, pourraient faire penser à une mode marquée par le temps et par un contexte culturel favorable, si la médecine ne retrouvait là sa véritable vocation de contribuer au bien être des hommes et des groupes sociaux plutôt que de soigner des maladies. Bien qu'une certaine confusion continue à régner dans l'utilisation des termes qui s'appliquent à ce domaine, la psychosomatique est aujourd'hui un terrain de rencontre privilégié entre soignants de formation diverse et de tout bord : à la fois lieu d'échanges entre praticiens et lieu d'une reconnaissance mutuelle entre spécialistes; c'est ainsi que les « somaticiens » sont conduits à tenir compte de manière de plus en plus explicite du fait qu'un corps, sain ou malade, est toujours un corps en relation avec le milieu environnant, traversé d'émotions, animé de mouvements affectifs, et que les « psychiatres », « psychologues » ou « psychanalystes » sont amenés à voir dans le fonctionnement somatique et dans ses dérèglements une donnée constamment intriquée à la vie de l'esprit et indissociable de la notion de « l'équilibre psychique » de l'individu. Découverte euphorique et pourtant bien naïve puisque les horizons qui se dévoilent de la sorte de chaque côté, étaient déjà là, dès l'aube de la médecine, qui demandaient à être perçus sans discrimination arbitraire.

L'insertion de ce chapitre, sur les conditions dans lesquelles une souffrance peut s'exprimer dans ou à travers le corps, dans la partie de l'ouvrage consacrée au développement de la personnalité, devrait suggérer au lecteur l'intérêt de s'appuyer sur la biographie d'un patient et sur la connaissance de son organisation psychique pour parvenir à une appréhension plus globale de sa maladie. *Mieux comprendre pour être plus efficace sur le mal mais aussi pour assurer un meilleur avenir et une meilleure prévention.* La psychosomatique se nourrit en fait d'une illusion qui n'est pas radicalement différente de celle qui motive la « vocation » soignante : en étendant l'intelligence des facteurs de morbidité à la sphère psychique, l'idéologie psychosomatique ne se borne pas à offrir au soignant des armes supplémentaires pour réparer le corps ou préserver son intégrité; elle valorise le rôle des forces spirituelles dans la conservation ou la perte du bien-être d'un individu, elle accroît ainsi le domaine que l'homme peut par sa volonté et son libre arbitre soustraire au déterminisme des lois de la matière, elle désamorce la tendance à la répétition, bat en brèche la soumission à l'inéluctable, recule le pouvoir de la mort. Enthousiasme qu'il s'agit de tempérer et de relativiser car plus encore que les perturbations touchant électivement la sphère psychique, la détresse organique résiste à l'action énergique du thérapeute le plus éclairé, le mal physique évoluant souvent pour son propre compte, une fois qu'il est installé, selon des lois plus ou moins rigides;

mais il serait dangereux de tomber dans l'excès inverse et de sombrer dans un pessimisme morose sous prétexte d'objectivité car tout progrès scientifique procède immanquablement de l'espoir, aussi « irrationnel » soit-il, qui l'a nourri.

I. – INTRODUCTION

Il est de coutume dans les ouvrages de psychologie médicale, quand on aborde ce chapitre, de décrire les différentes acceptions du terme « psychosomatique » dans la théorie et la pratique médicales.

On réfute habituellement un usage trop large de ce terme pris dans le sens de l'abord global du malade, et on exclue également de la psychosomatique les manifestations psychiatriques symptomatiques de certaines affections organiques.

On définit classiquement par « psychosomatique » tout trouble somatique qui comporte dans son déterminisme un facteur psychologique intervenant non pas de façon contingente, comme cela peut survenir dans n'importe quelle affection, mais par une contribution essentielle à la genèse de la maladie. A partir de cette définition de base, la délimitation exacte du champ de la pathologie ainsi concerné est avant tout une affaire de conventions :

– L'acception la plus restrictive exige pour parler de « psychosomatique » que le trouble s'accompagne d'**altérations anatomocliniques ou biologiques objectivables** (c'est classiquement dans ce cadre que rentre l'asthme bronchique).

– Avec un sens moins restrictif, on englobe des **manifestations pathologiques purement fonctionnelles,** sans lésion organique sous-jacente, résultant du dérèglement de certaines fonctions vitales (c'est le cas, par exemple, de certaines constipations chroniques, ou de certaines hypertensions artérielles labiles).

– A un degré de plus, entrent dans ce cadre, l'**expression somatique des émotions** (comme l'angoisse) ou les manifestations somatiques des *dérèglements de l'humeur* (comme la dépression).

– Enfin, bien que classiquement l'**hystérie** sorte du cadre de la pathologie psychosomatique et qu'elle s'y oppose, comme nous le verrons, point par point, il existe dans la réalité des ponts de passage et des mécanismes communs.

– Signalons aussi que certains auteurs englobent dans la psychosomatique les **conséquences somatiques de certains troubles des conduites**

instinctuelles ou du comportement : alcoolisme, tabagisme ou toxicomanies proprement dites, restriction alimentaire volontaire, rétention sphinctérienne sans substratum organique, propension aux accidents et aux traumatismes physiques propres à certains styles de vie.

Rien ne sert donc de parler de « somatisation » si l'on entend par ce terme la survenue d'une perturbation somatique qui tire au moins une partie de son origine du psychisme, tant que l'on ne précise pas en même temps de quel type de somatisation il s'agit, quel en est le mécanisme, quelle en est la valeur économique dans le fonctionnement du sujet, quelles en sont enfin les conséquences observables dans le corps et quelles implications thérapeutiques peuvent en découler.

La pathologie psychosomatique pose un ensemble de questions difficiles, auxquelles nous fournirons quelques éléments de réponse tout au long de ce chapitre, bien que plusieurs d'entre elles restent encore très débattues :

1. Sur quels arguments peut-on affirmer l'existence d'un lien psychosomatique entre certaines données de la vie psychique et l'apparition, l'évolution ou la disparition des troubles somatiques? Comment déterminer la responsabilité étiologique de certains événements de l'histoire d'un sujet et faire la part d'une réinterprétation secondaire de coïncidences chronologiques, par le patient ou par son investigateur à la recherche d'une causalité psychique?

2. Compte tenu du fait que des événements ou des situations extérieures n'ont un rôle pathogène qu'à travers leur retentissement subjectif ou à travers la reviviscence de conflits propres à un individu donné, existe-t-il des conflits de base spécifiques à telle ou telle maladie ou encore à tel groupement d'affections, intervenant dans l'apparition des troubles?

3. Peut-on dénombrer au sein de la pathologie, des affections qui mériteraient le terme de « psychosomatiques » dans la mesure où elles comprendraient régulièrement parmi leurs causes un facteur psychique? Il y a des chances pour qu'une telle liste, qui garde une valeur pragmatique dans le choix de la conduite thérapeutique, s'avère chaque jour plus extensive. Ne faut-il pas plutôt admettre que toute affection, même la plus classiquement organique, peut comporter à un degré variable une part psychosomatique?

4. Y a-t-il quelque correspondance entre des affections dites psychosomatiques et des organisations caractérielles? Peut-on, en d'autres termes, définir une personnalité spécifique de l'hypertendu, de l'ulcéreux ou du migraineux? Et si une telle spécificité se dessinait, quelle serait la part de l'organisation initiale de la personnalité, avant la survenue de la maladie, et de la réorganisation secondaire, surtout lorsqu'il s'agit

d'une affection chronique entraînant de profonds remaniements dans la relation du sujet avec son corps et avec son entourage?

5. S'il est limitatif de parler des affections qui seraient psychosomatiques par rapport à celles qui ne le seraient pas, peut-on identifier des « malades psychosomatiques », c'est-à-dire une organisation commune de la personnalité, permanente ou transitoire, qui prédisposerait à la survenue d'une affection somatique et jouerait donc le rôle d'un facteur de risque, parallèlement aux facteurs biologiques, constitutionnels ou acquis, et aux facteurs essentiels ou précipitants liés à l'influence de l'environnement (par exemple le froid ou la contamination microbienne)?

6. Ne doit-on pas admettre, même lorsqu'il n'existe pas une structure particulière de la personnalité, rendant l'individu plus vulnérable, qu'une cause psychique peut toujours peser de son poids sur la qualité de la santé et qu'il n'y a en définitive ni « maladies psychosomatiques » ni « malades psychosomatiques » mais plutôt une « approche » ou une « démarche » psychosomatique, pouvant se confondre avec la pratique médicale elle-même?

7. L'établissement d'un lien psychosomatique n'éclaire pas sur le mécanisme du trouble somatique, c'est-à-dire sur sa pathogénie. Comment comprendre que les mêmes événements et les mêmes conflits aboutiront chez les uns à un dysfonctionnement somatique réversible sans stigmates organiques et chez les autres à une atteinte lésionnelle, pouvant évoluer pour son propre compte?

8. Pourquoi un conflit chez des individus différents ou chez le même individu à des moments divers de son histoire, peut donner lieu tantôt à des modifications comportementales, tantôt à une souffrance purement psychique, tantôt enfin à une désorganisation somatique?

9. Quelle est la nature de la relation qui s'instaure entre le trouble somatique et le conflit originel et qui peut conférer au symptôme somatique sa « signification »? Ce dernier est-il une simple trace, dénuée de spécificité, d'un traumatisme affectif, ou l'expression symbolique d'un fantasme inconscient? Y a-t-il, dans cette perspective, un « choix » de l'organe ou de la fonction malades ou même des formes cliniques que peut revêtir une même maladie?

10. La découverte d'un lien psychosomatique, voire l'élucidation du mécanisme en cause, doivent-ils être communiqués au malade? Doit-on laisser se construire un sens autour du symptôme, même dans les cas où ce sens paraîtrait sans rapport évident avec la pathogénèse? Et dans quelle mesure l'appropriation d'un tel sens par le malade peut-elle jouer un rôle dans le processus de guérison?

II. – HISTORIQUE DE LA CONCEPTION PSYCHOSOMATIQUE EN MÉDECINE

■ ***Deux courants complémentaires*** s'opposent dès le début de l'histoire de la médecine, en ce qui concerne la pratique médicale et la conception de la maladie.

Le premier courant est illustré dans l'antiquité grecque par Hippocrate et l'école de Cos.

– C'est une médecine qui a pour objet *l'homme* malade dans sa totalité.

– Elle tient compte du *tempérament* du malade et de son *histoire.*

– La maladie est conçue comme une *réaction globale* de l'individu, impliquant son corps et son esprit, à une perturbation externe ou interne.

– L'intervention thérapeutique doit *rétablir l'harmonie perdue* de l'homme avec son milieu et avec lui-même.

– Il s'agit donc d'une conception résolument *synthétique* et *dynamique* qui préfigure l'approche psychosomatique moderne.

Le deuxième courant est illustré par Galien et par l'école de Cnide.

– Il repose sur la notion de *maladie* à laquelle est conférée une existence autonome.

– L'origine d'une maladie est authentifiée dans une *lésion anatomo-clinique.*

– Cette tendance triomphe à l'ère pasteurienne avec la recherche d'une *étiologie spécifique,* sous la forme d'un *agent pathogène.*

– L'intervention médicale consiste à *localiser le mal* dans le corps et si possible à *l'extirper.*

– Il s'agit donc d'une conception *positiviste* et *mécaniciste.*

■ ***Le terme de « psycho-somatique »,*** écrit avec un trait d'union, *apparaît chez* **Heinroth,** interniste et psychiatre, en 1818, peu avant d'ailleurs celui de « somato-psychique ». Les deux termes supposent une conception dualiste de l'homme et l'influence réciproque d'un champ sur l'autre. Un même présupposé soustend de nombreux travaux récents de physiologistes ou comportementalistes. *Ces différentes perspectives restent donc assujetties au clivage cartésien corps-esprit.*

■ C'est avec l'***invention de la psychanalyse,*** comme méthode d'investigation, théorie du sujet et instrument thérapeutique, qu'une *conception moniste* (ou holiste) de l'homme s'affirme à nouveau dans le champ de la médecine.

Freud *s'est toujours montré soucieux de souligner l'intrication et l'ancrage du psychique dans le biologique,* notamment à travers sa théorie des pulsions, son point de vue économique de l'appareil psychique et sa tentative de fonder une psychologie scientifique sur les bases de la physique thermodynamique et de la neurophysiologie de l'époque. Cependant, tout en étant conscient du rôle de facteurs psychologiques dans les maladies organiques, Freud n'a pas poussé ses investigations dans ce sens et ce sont surtout Federn, Ferenczi et tout particulièrement **Groddeck,** qui ont attaqué ce domaine avec un esprit créatif et novateur, mais aussi parfois au travers d'une extrapolation imprudente et abusive du modèle psychanalytique des névroses, notamment de l'hystérie, venant jeter le discrédit sur une œuvre par ailleurs riche en intuitions.

Le terme et le champ de la « médecine psychosomatique » ont été repris et développés par un groupe de psychanalystes américains : **Félix Deutsch** (1927), **Alexander, Dunbar** et les autres représentants de **l'école de Chicago** (Weiss, English, Cobb, Grinker, etc...). Ces auteurs, tout en distinguant point par point le mécanisme de conversion hystérique et la pathogénèse psychosomatique, ont essayé de définir pour chaque type d'affection des *profils de personnalité spécifiques.*

Depuis lors, de nombreux travaux ont souligné la non spécificité des situations conflictuelles que l'on retrouve lors du déclenchement d'affections « psychosomatiques » de toute sorte. Une analyse théorique plus poussée dans une perspective psychanalytique permet même d'entrevoir, au-delà des particularités des diverses organisations caractérielles, un ensemble de *traits communs* qui circonscrivent une véritable « structure psychosomatique ». C'est dans ce sens qu'un groupe de psychanalystes souvent désigné par le terme d'**École psychosomatique de Paris** (Marty, de M'Uzan, David et Fain) a tenté d'élaborer une *théorie de l'économie psychosomatique.* Celle-ci reste beaucoup plus prudente quant au « choix » de l'organe ou de la fonction malades et laisse une large et juste part à un déterminisme multifactoriel à forte composante biologique. Malgré un recours à une conception métaphysique de l'univers et de la psyché (telle la référence à une dualité instinctuelle de vie et de mort), on retrouve là une *tentative d'approche globale de l'homme,* sain ou malade, qui est considéré comme soumis en permanence à un ensemble de mouvements « évolutifs » et « contre-évolutifs », *la maladie résultant de la conjonction d'une faille dans l'organisation de l'individu, d'une attaque désorganisante externe ou interne et d'un pouvoir plus ou moins grand de réorganisation.*

III. – LES TRAVAUX DES PHYSIOLOGISTES

Nombreux sont les travaux psychosomatiques qui se sont fixés comme but la description du support physiologique sous-jacent au lien psycho-somatique. Il est vrai qu'un tel objectif implique souvent une référence théorique à un dualisme psyché-soma quand il ne réduit pas la vie psychique au simple fonctionnement des neurones; par ailleurs il explique bien plus le « comment » que le « pourquoi » d'une pathogénèse.

Malgré ses insuffisances, cette perspective a cependant plusieurs intérêts :

– **Scientifique** d'abord, car elle permet une meilleure connaissance du fonctionnement organique et de ses perturbations.

– **Pédagogique** ensuite, car certains schémas physiologiques peuvent être utilisés par le thérapeute pour illustrer devant un malade certaines réactions corporelles élémentaires; cette médiation peut ainsi permettre à des patients de reconnaître l'implication de leur vie affective dans la genèse de leur troubles, sans pour autant qu'ils se sentent obligés d'aborder leurs difficultés ou d'admettre l'existence de désirs conflictuels.

– **Thérapeutique** enfin, car les modèles physiologiques sous-tendent certaines formes de traitement : l'appoint médicamenteux psychotrope ou à visée neurovégétative, mais aussi le bio-feed back (*), la relaxation et différentes autres techniques de type comportemental.

1. – L'EXPRESSION SOMATIQUE DE L'ANGOISSE

Bien que les termes soient souvent utilisés l'un pour l'autre, on peut définir l'angoisse comme le vécu corporel de l'anxiété. Angoisse ou anxiété désignent un *sentiment pénible d'attente* ou une *peur sans objet;* ils constituent un état affectif douloureux déclenché par, ou signalant un danger *imaginaire,* en général inconscient, ce qui les distingue de la peur en tant qu'état émotif directement lié à la menace représentée par un objet ou une situation définis.

(*) On entend par bio-feed back un ensemble de techniques instrumentales mettant à la disposition de l'individu, afin de mieux contrôler leur modification volontaire éventuelle, des informations sur des paramètres physiologiques (tension musculaire, pression artérielle, etc.), qui habituellement lui échappent ou ne lui parviennent que d'une manière grossière.

Les concomittants physiques de l'angoisse comportent une *modification d'une ou plusieurs fonctions végétatives* selon la prédominance de l'excitation du système nerveux sympathique ou du parasympathique : il peut s'agir selon les cas d'une accélération (ou plus rarement d'un ralentissement) cardiaque, d'une modification de la vasomotricité cutanée (mais aussi viscérale), d'une dyspnée ou d'une tachypnée, d'une perturbation du transit intestinal, d'une variation des secrétions sudorales, salivaires ou gastriques, de la survenue de spasmes musculaires lisses, etc. Des modifications métaboliques témoignent d'un mécanisme plus complexe : tantôt purement neurogène et à court terme, tantôt également humoral et endocrinien faisant intervenir une régulation hypothalamo-hypophysaire. Citons en passant les variations de la glycémie, des taux de cholestérol et des acides gras libres ou de l'activité rénine plasmatique.

Ces différents phénomènes corporels ne donnent pas lieu automatiquement à une perception consciente. L'objectivation d'une modification physiologique a moins d'intérêt pour la compréhension de l'angoisse que le vécu pénible qui lui est associé : les extrasystoles et la tachycardie ne valent que dans la mesure où elles s'intègrent dans une saisie douloureuse de la réalité, en tant que « palpitations ». Il n'y a, en définitive, pas de rapport constant entre l'intensité des sensations perçues et la grandeur des variables mesurables expérimentalement. *Même quand l'angoisse est à expression essentiellement somatique, elle reste un phénomène de caractère avant tout subjectif.*

Il arrive cependant, chez certaines personnalités, que la gêne perçue se limite strictement aux sensations corporelles désagréables et soit désignée comme « douleur » ou « tension » localisée à une partie du corps, sans que s'y associe aucun malaise existentiel. Par contre, le bouleversement somatique peut être ressenti comme une menace vitale et justifier un ébranlement psychique secondaire : l'angoisse est alors rationnalisée et devient peur de la maladie ou de la mort, ou préoccupation « hypocondriaque » sur le fonctionnement d'un organe.

Que l'anxiété s'exprime à un niveau mental, somatique ou mixte, que les concomittants physiques soient plus ou moins riches ou expressifs, cela dépend d'une multitude de facteurs : probablement d'une prédisposition génétique et de réactions réflexes influencées par le conditionnement, mais aussi d'éléments d'ordre culturel et social. **L'autorisation à ressentir et à exprimer ses émotions dans son corps est en effet une donnée intimement liée aux modèles éducatifs et aux conditions d'apprentissage propres à chaque culture.**

A l'opposé, la capacité à élaborer mentalement un certain degré d'angoisse et à supporter l'insécurité imposée par un sentiment de menace indéfinissable, dépend également du mode d'organisation psychique de chaque individu. **Toute personne a un seuil de tolérance à**

l'inconnu et au sentiment de manque, corrélatifs de l'angoisse, au-delà duquel ses repères identificatoires seront ébranlés, pouvant alors retentir sur le sentiment de son intégrité et de sa cohérence. Éprouver un malaise physique c'est déjà en quelque sorte « convertir » l'angoisse d'un niveau purement idéique, à un niveau plus concret, c'est la réifier et, sinon l'annuler, du moins la déplacer et la localiser, avec l'espoir de mieux circonscrire le mal contre lequel il faudra lutter. C'est d'ailleurs là l'un des fondements de l'organisation hypocondriaque.

L'expression somatique de l'angoisse apparaît ainsi sous un double aspect : positif d'abord, puisque la modification corporelle peut aller jusqu'à absorber la charge affective flottante de l'angoisse, et offrir le cas échéant (nous le verrons dans la conversion hystérique) un support représentatif au fantasme inconscient; mais aussi négatif, puisque la décharge somatique témoigne de l'incapacité pour l'esprit de servir de contenant à un affect désagréable menaçant la cohésion de l'individu.

Notons aussi que l'expression somatique de l'angoisse peut être à l'origine d'un *processus auto-entretenu* échappant à tout contrôle mental, même quand la cause déclenchante du malaise psychique aura disparu. L'angoisse porte en effet à la conscience des organes ou fonctions corporelles qui se fondent habituellement dans l'ensemble de l'organisme en une *harmonie silencieuse.* Sentir son cœur battre, son intestin se contracter, ses muscles se tendre, c'est affronter des lieux méconnus d'un espace corporel mal apprivoisé : d'où une source supplémentaire d'inquiétude pouvant à son tour s'exprimer somatiquement et ainsi de suite. Les manifestations somatiques de l'angoisse peuvent donc être à l'origine d'un renforcement positif par rétroaction. Parallèlement, les stimuli déclenchants peuvent se modifier ou s'étendre en perdant leur spécificité : des éléments de la réalité préalablement neutres mais associés d'une manière contingente à la situation qui a vu naître une crise d'angoisse, peuvent acquérir progressivement une *valeur anticipatoire* selon les lois caractéristiques des réflexes conditionnés, et être susceptibles alors par eux mêmes de déclencher des manifestations d'angoisse. Ce sont ces données qui seront accessibles à des *thérapies comportementales par déconditionnement,* thérapies qui n'agiront pas spécifiquement sur les conflits psychiques originaires, mais dégageront le symptôme de sa gangue de renforcements réflexes, inutiles et même nuisibles pour l'économie psychique.

En dehors des modifications physiologiques qui traduisent la réactivité du système nerveux végétatif ou des glandes endocrines, l'angoisse comporte également des changements mesurables au niveau de la motricité volontaire et du système d'éveil. Alors que les modifications végétatives et neuro-endocriniennes sont médiatisées par l'hypothalamus, l'accroissement du tonus musculaire et l'augmentation de la vigilance, ont schématiquement pour intermédiaires l'activation des systèmes réticulés

du tronc cérébral : les uns et les autres sont sous la dépendance du système limbique et d'influences corticales. Ce sont ces mêmes circuits qui entrent en jeu dans la régulation et l'expression somatique d'*autres types d'émotions,* telles la joie, la colère, la tristesse, la rage, le désespoir, ou d'autres formes de dispositions affectives globales comme l'intérêt ou la curiosité. Nous avons choisi l'angoisse car de toutes ces manifestations affectives elle est celle qui joue le rôle le plus fondamental dans l'organisation psychique mais c'est l'ensemble de la vie émotionnelle dans toute sa complexité, dont le dérèglement sera incriminé par les modèles explicatifs psychosomatiques.

2. – LA THÉORIE DU STRESS

Certaines modifications physiologiques peuvent être interprétées à la lumière de l'expérimentation animale comme ayant une *finalité adaptative,* assumant, selon les cas, une fonction d'alerte ou de préparation à l'action.

Si l'étude de l'angoisse et celle des conflits pouvant la déclencher est du domaine de la psychologie clinique, la notion de **stress** est tirée de la psychologie expérimentale et de la pathologie expérimentale en général. Ce terme recouvre en effet dans son acception la plus large, *toute agression de l'organisme, d'origine externe ou interne, venant troubler l'équilibre homéostatique :* cette agression peut être purement physique, comme c'est le cas pour différents stimuli nociceptifs (température, bruit) ou pour des agents traumatiques, infectieux ou toxiques, mais elle peut concerner des niveaux plus élevés d'intégration sensorielle et cognitive, la perturbation touchant alors le système de relation de l'animal ou du sujet d'observation avec son environnement.

Selye a décrit l'ensemble des réactions physiologiques aux stress, sous le terme de **« syndrome général d'adaptation ».** Ce dernier se déroulerait selon cet auteur en trois temps avec une phase d'alarme ou de « choc », une phase d'adaptation ou de résistance, enfin une phase d'épuisement lorsque les défenses de l'organisme sont submergées. On a utilisé l'image du sablier pour illustrer le syndrome général d'adaptation (Smelik) : une grande diversité de stimuli peut déclencher un même ensemble de modifications comportant une décharge adrénergique et une activation de l'axe hypophysosurrénalien, et peuvent être modulés par diverses formes de conditionnements. Les effets périphériques en sont cependant variables selon les individus. L'altération du fonctionnement de différents appareils ou la survenue de lésions anatomiques au niveau d'un organe, supposent d'une part la prédisposition d'une ou plusieurs cibles somatiques pour des raisons génétiques ou acquises, d'autre part la persistance ou la répétition du stress.

Toute agression physiologique stimule au niveau cérébral une struc-

ture nerveuse complexe qui peut déclencher une conduite adaptée visant à lutter contre le stimulus agressif ou à le fuir. Cette structure, appelée par certains « Système Activateur de l'Action » (S.A.A.) comporte des neurones cholinergiques situés dans l'hypothalamus médian, l'amygdale dorsomédiane, la strie terminale et la substance grise centrale mésencéphalique (Laborit). Les réponses de fuite ou de lutte qu'elle détermine peuvent être innées, ou avoir été acquises par apprentissage : c'est ce que réalise expérimentalement le conditionnement aversif. Une deuxième partie du S.A.A., composée de neurones catécholaminergiques, est responsable de conduites d'approche, innées ou acquises, déclenchées par une situation gratifiante. Une autre structure cérébrale intervient quand les conduites habituelles de lutte ou de fuite s'avèrent inopérantes ou sont bloquées expérimentalement : c'est « le Système Inhibiteur de l'Action » (S.I.A.), composé lui aussi de neurones cholinergiques regroupés dans l'aire septale médiane, l'hippocampe, le noyau caudé, l'amygdale latérale et l'hypothalamus ventromédian. Ce système est excité à la suite d'une agression tant qu'une nouvelle forme d'apprentissage ne s'est pas avérée opérante, c'est-à-dire aussi longtemps qu'un comportement actif n'a pas résolu le problème créé par une situation de contrainte différente de celles auxquelles l'organisme était habitué. Il représente en même temps une tendance permanente à l'extinction des apprentissages, quand ceux-ci n'ont pas fait la preuve de leur utilité et n'ont pas reçu, par conséquent, de renforcement suffisant.

Le S.A.A. et le S.I.A. commandent également la régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien en intervenant sur la sécrétion de C.R.F. (Corticotrophin releasing factor) par les neurones hypothalamiques de l'éminence médiane. Le C.R.F. commande la libération de l'A.C.T.H. (adrénal corticotrophic hormone) par l'hypophyse antérieure, secrétion qui induit à son tour la synthèse et la libération d'hormones glucocorticoïdes par la surrénale. Le S.I.A. et la partie cholinergique du S.A.A., donc schématiquement les deux systèmes activés par un stress ou une agression, stimulent la secrétion de C.R.F. hypothalamique et par conséquent, indirectement, celles d'A.C.T.H. et de glucocorticoïdes. La partie aminergique du S.A.A. (attitudes comportementales d'approche et réponses à stimuli gratifiants), a par contre un rôle inhibiteur sur la sécrétion de C.R.F.

Si les effets du S.A.A. et du S.I.A., en situation de stress, sont comparables sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, ils sont différents sur le système nerveux autonome : le S.A.A. entraîne préférentiellement la sécrétion d'adrénaline par la médullo surrénale, alors que le S.I.A. stimule le système sympathique et favorise la sécrétion de noradrénaline par les terminaisons nerveuses. L'adrénaline serait donc d'après Laborit « l'hormone des situations d'urgence motrice » (lutte ou fuite), « alors

que la noradrénaline des terminaisons nerveuses sympathiques serait celle de l'attente en état d'inhibition motrice ».

Par ailleurs, les taux de certaines hormones circulantes agissent en retour sur l'activité des neurones cérébraux : c'est ainsi notamment que les glucocorticoïdes maintiennent le S.I.A. en état d'excitation : il s'agit donc d'une rétroaction positive « à tendance », puisque le S.I.A. à son tour favorise la sécrétion de C.R.F., donc d'A.C.T.H. et de glucocorticoïdes. Ces derniers contribuent donc à maintenir l'organisme en « état d'alerte », tant que l'individu, placé en situation de stress, n'aura pas trouvé de réponse adéquate.

3. – LES MÉTHODES D'APPRENTISSAGE ET LA THÉORIE CORTICO-VISCÉRALE

Les méthodes d'apprentissage ont été utilisées en expérimentation animale pour codifier la notion de stress psychologique et en mesurer les conséquences comportementales et somatiques. Pavlov et ses collaborateurs avaient remarqué au cours de leurs expériences de conditionnement que des troubles du comportement apparaissaient chez les animaux de laboratoire lorsque les problèmes qui leur étaient posés demeuraient trop difficiles à résoudre. C'est ainsi qu'a été défini classiquement un protocole de « névrose expérimentale » sur un chien habitué à saliver à la vue d'un cercle (stimulus conditionné) mais pas d'une ellipse, en l'exposant progressivement à des formes de moins en moins différenciées qui ne permettaient plus de discriminer les deux figures géométriques.

Un protocole comparable a été utilisé par Stroebel chez des singes habitués à éviter activement un stimulus nociceptif en appuyant sur un levier. Dans un deuxième temps, le levier est enlevé et des troubles du comportement (indifférence, inappétence) ainsi que des manifestations somatiques (ulcères) apparaissent même quand les singes ne sont plus soumis aux stimuli nociceptifs.

D'autres modèles sont fournis par l'utilisation d'un renforcement positif (acquisition d'un comportement récompensé par une gratification) brusquement suspendu par l'introduction d'un renforcement négatif (punition du même comportement), et cela de manière d'autant plus nette que la punition survient de manière irrégulière ou aléatoire.

Dans toutes ces techniques, le stress consiste moins en une situation pénible que dans la *confrontation avec une situation insoluble* ou dans la prévision d'un *désagrément impossible à éviter ou encore dans l'impossibilité de prévoir l'issue d'une situation.*

Quelle que soit la distance entre ces situations expérimentales et les conditions dans lesquelles se déclare une symptomatologie névrotique

chez l'homme, il est intéressant de noter que l'expérimentation animale met l'accent sur la relation entre le blocage de solutions comportementales et l'apparition des signes physiques de détresse. Cela renvoie aux situations d'inhibition motrice déjà évoquées avec la description du Système Inhibiteur de l'Action. Ce qu'on retrouve dans tous ces cas, c'est l'impossibilité de mettre en œuvre des conduites d'évitement ou l'impossibilité de prévoir la survenue des stimuli aversifs, d'où la mise en alerte prolongée et l'attente incertaine. Ce sont là en fait les paramètres qui correspondent également à l'angoisse chez l'homme en tant que sentiment de menace indéfinissable, attente pénible ou peur sans objet.

Des travaux pavloviens a découlé toute une théorie « corticoviscérale » des névroses et des affections psychosomatiques (Bikov), théorie dont le caractère réducteur implique la plus grande prudence lors de toute tentative de transposition. Un tel modèle explicatif ignore en effet par définition la dynamique inconsciente des conflits et le fait que les situations ou les événements, auxquels l'homme est confronté, n'acquièrent leur valeur conflictuelle qu'en fonction de leur résonance imaginaire. Il n'explore par ailleurs qu'une des formes possibles de conflit (entre le sujet et la réalité) laissant dans l'ombre les conflits qui peuvent surgir entre les différentes instances de la personnalité (Ça et Surmoi par exemple) ou entre des mouvements pulsionnels opposés (d'amour et de haine par exemple).

Ces travaux expérimentaux ont par contre le mérite de mettre en valeur la notion des *capacités d'adaptation d'un individu face à une situation qui le met en danger*. Si l'animal dispose essentiellement d'un éventail de réponses motrices pour faire face à une perturbation extérieure, l'homme est doté, de surcroît, de possibilités plus ou moins larges d'élaborer mentalement le conflit auquel il est soumis. Cela peut aller de l'analyse rationnelle de la situation de contrainte à une mise à distance des représentations contraignantes à travers une grande variété de symptômes psychiques qui tous permettent un certain déplacement du conflit, tout en rendant plus supportable l'affect désagréable qui lui est lié.

Nous verrons que c'est lorsque ni le comportement ni l'élaboration mentale ne peuvent offrir au sujet des possibilités suffisantes de se défendre contre l'angoisse et de se dégager du conflit, qu'apparaissent effectivement des manifestations somatiques de type fonctionnel voire lésionnel.

4. – LA NÉVROSE ACTUELLE

On se doit de rappeler que bien que Freud ne se soit pas attardé devant le problème de la pathologie somatique, il avait néanmoins tenu à distinguer au sein de la pathologie névrotique deux catégories d'affec-

tions selon la pathogénèse des troubles et la part accessoire ou essentielle de mécanismes d'ordre biologique. D'un côté, les **psychonévroses de transfert** (hystérique, phobique ou obsessionnelle) liées aux avatars des désirs sexuels infantiles et aux conflits œdipiens ravivés par les événements de l'histoire récente du patient, conflits qui peuvent être abordés à travers leur réactualisation dans la situation transférentielle de la cure analytique; de l'autre côté les **névroses actuelles** (neurasthénie, hypocondrie et névrose d'angoisse) liées à une perturbation quantitative récente de la libido sexuelle obligée de s'écouler, en cas d'accumulation excessive, selon des voies physiologiques. Certes, les entités ainsi désignées ont été depuis Freud plus ou moins démantelées. Cela n'empêche que Freud ait eu à ce niveau l'intuition d'une pathologie de la régulation émotionnelle, à l'origine de manifestations somatiques que nous dénommerions aujourd'hui « psychosomatiques ».

5. – L'ÉCOLE DE CHICAGO

Alexander et ses successeurs n'ont jamais renoncé à une explication neurophysiologique de la génèse des dysfonctionnements viscéraux, tout en essayant parallèlement d'établir des profils de personnalité spécifiques de telle ou telle affection, et en faisant référence à la théorie psychanalytique, comme nous allons le voir bientôt.

C'est ainsi en effet qu'Alexander distinguait les affections qui seraient en rapport avec une *hyperactivité du système sympathique,* système impliqué dans les réactions motrices de lutte ou de fuite, et celles qui seraient dues à une *hyperactivité du parasympathique,* système impliqué, lui, dans les états de repos moteur et d'assimilation énergétique. Cette classification se superposait à celle du *style de vie des deux catégories de malades* qui seraient tous partagés entre leurs tendances actives et passives mais dont les premiers se montreraient plus indépendants, hyperactifs et combatifs, alors que les deuxièmes auraient un besoin de dépendance plus manifeste et une quête affective plus explicite. L'hypertension artérielle essentielle et l'hyperthyroïdie seraient des exemples de la première catégorie; l'ulcère gastroduodénal et l'asthme des exemples de la deuxième.

6. – L'ALEXITHYMIE

C'est dans la perspective neurophysiologique en psychosomatique qu'il faut ranger, nous semble-t-il, une tendance récente de travaux anglo-saxons, introduite par Siphnéos * et qui rejoint, par un chemin

* Cf. *Topics of Psychosomatic research,* (H. Freyberger éd.), S. Karger, Bâle, 1972.

qui lui est propre, la conception psychanalytique de l'économie psychosomatique. Constatant au niveau du discours de tels malades, une *carence des moyens d'expression des émotions,* cet auteur suggère qu'il pourrait exister un substratum neurophysiologique aux difficultés de symbolisation du vécu affectif et incrimine une dysgénesie des connexions neuronales entre le système limbique (système de traitement des émotions) et le néocortex (lieu de synthèse des perceptions, du jugement et de la prévision de l'action).

Si tel était le cas, il n'y a de toute manière aucun argument pour savoir si un tel manque de connexions serait déjà déterminé à la naissance ou s'il ne résulterait pas plutôt d'une absence de mise en fonctionnement de certains circuits de neurones en raison des particularités du développement de la personnalité. Cette conception neurophysiologique qui redouble les réflexions de certains psychanalystes, risque malgré tout de donner de la structure mentale une vue très réductrice et figée, dans une optique localisationniste du fonctionnement psychique.

On retiendra donc des approches physiologiques, les notions suivantes :

De nombreux troubles somatiques peuvent être rapportés à une perturbation de la régulation émotionnelle.

Parmi les émotions à expression somatique, l'angoisse et son devenir jouent un rôle fondamental.

L'angoisse est un phénomène essentiellement subjectif : la propension à éprouver ses manifestations somatiques est à la fois fonction de la capacité de l'appareil psychique à servir de contenant aux sentiments d'insécurité et du degré de tolérance culturelle à l'expression des émotions à travers le corps.

La gêne somatique peut induire un cercle auto-entretenu de l'angoisse.

Face aux agressions de toute nature, l'organisme est susceptible de réagir par un « syndrôme générale d'adaptation » qui assume un rôle d'alerte et de préparation à l'action.

Quand les réponses comportementales dont dispose l'individu s'avèrent inopérantes devant une nouvelle situation de contrainte, ou lorsqu'elles sont bloquées, l'organisme se trouve dans un « état d'inhibition motrice » dont la persistance peut avoir un rôle pathogène pour le corps.

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et le système nerveux autonome, notamment sympathique, jouent un rôle essentiel dans les remaniements induits par le stress.

Les techniques d'apprentissage mettent en évidence le rôle pathogène de la confrontation à un problème insoluble ou de l'impossibilité de prévoir et de prévenir l'issue défavorable d'une situation expérimentale.

La notion de « névrose actuelle » introduite par Freud avait déjà réservé une place à part aux manifestations somatiques tirant leur source d'un dérèglement essentiellement biologique.

L'École de Chicago a essayé de classer les troubles psychosomatiques selon l'activité prépondérante des systèmes nerveux sympathique ou parasympathique.

La notion d'alexithymie postule un substratum neurophysiologique à la difficulté d'exprimer le vécu émotionnel dans le registre verbal.

IV. – LES TRAVAUX ÉPIDÉMIOLOGIQUES

De nombreuses études affectuées sur de vastes échantillons de populations ont permis de retrouver des notions déjà repérées par les études des cas individuels. C'est ainsi qu'a été confirmé le *rôle pathogène des situations de perte* (deuil, séparations, rupture sentimentale, perte d'un emploi, retraite, périodes de « crise existentielle ») à l'origine d'affections les plus diverses débordant le cadre des maladies classiquement reconnues comme « psychosomatiques », ainsi que comme facteur d'aggravation de maladies chroniques typiquement organiques. En fait, ce qui apparaît dans de nombreux travaux, c'est que l'importance de la perte n'est pas mesurable à son caractère plus ou moins définitif ou radical (un décès opposé à une perte de travail par exemple) mais dépend des capacités d'adaptation d'un individu donné, au moment où la perte survient : on a dit que le sujet qui a été confronté à une perte objectale avant de présenter une décompensation somatique, rapportait fréquemment avoir éprouvé **le sentiment d'être démuni et sans espoir** (« helplessness – hopelessness » (Engel). Nous retrouvons là ce qui a été dit à propos de la théorie du stress et de son substratum neurophysiologique. On peut remarquer également l'analogie de telles situations avec le modèle quasi expérimental fourni à Spitz par l'observation des cas d'hospitalisme infantile.

D'autres études ont mis l'accent sur le *défaillance des défenses immunitaires* pendant une période de deuil, éclairant ainsi l'un des mécanismes possibles de l'effet pathogène des situations de perte sur l'évolutivité ou même l'apparition d'affections prolifératives, infectieuses ou auto-immunes. (Bartrop et Luckhurst, *Lancet,* 16 Apr. 1977).

La recherche des événements ayant pu avoir quelque responsabilité dans la survenue d'une maladie, que l'on utilise des questionnaires ou des entretiens cliniques plus ou moins directifs, se heurte cependant à une *difficulté méthodologique* évidente. En toute rigueur, elle n'aurait de valeur que dans une recherche catamnestique ou prospective : une étude rétrospective risque en effet de ne retrouver qu'une réinterpréta-

tion causale des événements biographiques par un patient qui a admis la possibilité d'enchaînements psychosomatiques ou qui préfère donner un sens même arbitraire à sa maladie plutôt que d'être confronté à l'opacité d'un destin morbide qui le dépasse. A l'opposé, le fait qu'un patient minimise ou dénie le rôle traumatisant de tel ou tel événement, ne peut non plus innocenter l'événement en question, bien au contraire, surtout si l'on admet que la tendance à réagir somatiquement à un événement est inversement proportionnelle aux capacités à élaborer mentalement une situation de perte. C'est là que l'entretien clinique conduit de manière à ne pas suggestionner le patient, apporte un maximum de renseignements, par la *stratégie* que le sujet met en œuvre pour parler de sa maladie et de sa vie, par ses détours, ses répétitions, ses oublis, ses lapsus, ainsi que par des procédés rhétoriques tels que la *dénégation,* qui lui permettent de ne pas s'impliquer affectivement dans certaines affirmations tout en donnant à entendre à celui qui écoute, qu'il existe une vérité cachée dans le contenu dénié de la sorte.

D'un intérêt certain nous paraissent les études de type sociologique, à la recherche de *professions exposées* ou de *catégories sociales plus vulnérables,* mais les résultats de ces études sont souvent contradictoires. Citons la prévalence plus grande de l'hypertension artérielle dans des sous-groupes soumis à des stress psychologiques ou psychosensoriels répétés (téléphonistes, contrôleurs aériens) et la relative fréquence des affections allergiques (notamment de l'asthme et du rhume des foins) dans des populations urbaines, surtout chez des intellectuels, et particulièrement chez des universitaires. Certes, les facteurs rentrant en jeu sont multiples et la part dévolue spécifiquement à des facteurs psychosociaux est difficile à apprécier. Il est par ailleurs certain que le métier n'est pas toujours une cause directe de la maladie et que le choix d'une activité professionnelle ou d'un style de vie peut être lui-même sous la dépendance de l'organisation de la personnalité du sujet. On peut en effet supposer que de tels choix permettent à certains individus de satisfaire leurs tendances profondes (par exemple à la domination ou à la soumission) : dans certains cas, la réalité offre des satisfactions suffisantes à ces sujets pour que leurs désirs inconscients restent peu conflictuels; ailleurs elle les confronte aux difficultés qu'ils ont plus ou moins consciemment recherchées dans une attitude de défi pour les exorciser, et qui parfois finissent par les submerger.

Les *comparaisons transculturelles* ont en matière de psychosomatique, un intérêt considérable, quoiqu'on se heurte ici aussi à une multiplicité de facteurs incriminables. Peu de ces études sont concluantes, car on ne peut toujours éliminer le rôle de facteurs associés liés à l'environnement, telles les habitudes alimentaires différentes. Il semblerait que l'hypertension soit rare chez des Chinois de Taiwan alors que les chiffres tensionnels sont, chez des étudiants chinois aux USA, nette-

ment supérieurs à ceux de la moyenne de la population américaine. On peut en dire autant des noirs américains. Les coronarites sont rares au Japon. Les ulcères peptiques fréquents en Inde du Sud. Les affections fonctionnelles digestives plus fréquentes en Italie que dans les pays scandinaves alors que c'est l'inverse pour la migraine. On invoque à l'origine de ces différentes culturelles, la diversité des modèles éducatifs et des contraintes émotionnelles d'un groupe à l'autre, les variations dans la cohésion des groupes sociaux ou dans le degré d'intégration à un groupe plus élargi, la place privilégiée que peut tenir le tractus digestif dans la relation mère-enfant précoce dans certaines cultures (alimentation, sevrage, apprentissage de la propreté). (Schwab et al., *Psychosomatics,* 1974, pp. 88-59).

Les changements culturels semblent fréquemment intervenir dans l'augmentation de la survenue d'affections psychosomatiques, qu'il s'agisse de migrations horizontales, avec leurs effets de déracinement et d'isolement dans une société étrangère (on connaît la fréquence des ulcères chez les travailleurs maghrébins en France), ou de migrations verticales, au sens d'une promotion socio-professionnelle ou d'un changement de conditions d'habitat.

L'évolution globale d'une société vers une industrialisation et une urbanisation croissantes, l'adoption de modèles d'échange social de type occidental,l'*atomisation du réseau relationnel,* paraissent avoir des effets comparables.

Enfin, *la diminution de la tolérance d'une société à l'égard des possibilités d'expression corporelle des affects peut avoir un rôle capital dans la modification des données épidémiologiques.* On sait l'efflorescence des manifestations de conversion hystérique lors de la 1re guerre mondiale et la rareté de cette même pathologie lors de la deuxième guerre mondiale alors qu'on assistait parallèlement à une recrudescence des affections psychosomatiques proprement dites, notamment des ulcères (Grinker). Cette constatation, jointe à celle de la fuite actuelle de l'hystérie vers des positions de plus en plus « inexpugnables », telles des algies, fait dire à Brisset que « l'observateur » (et en particulier le regard médical) « est l'artisan de ce phénomène de mutation pathologique ». Le terme d'hystérie est devenu péjoratif depuis la mort de Charcot. Le refoulement présidant au fonctionnement mental et aux symptômes corporels de l'hystérique, ne suffit plus à endiguer le débordement libidinal vécu comme obscène et transgressif. Une répression plus poussée des affects, véritable refoulement au second degré, va enfouir l'activité libidinale dans le tréfond des organes et décharger l'énergie excédentaire loin des voies sensitivo-motrices propres à la vie de relation, à travers les voies plus secrètes du système nerveux autonome et des réactions humorales, voire immunitaires.

On retiendra des approches épidémiologique et sociologique les faits suivants :

– Les situations de perte et plus généralement les situations de changement ou de « crise existentielle » rendent l'individu plus vulnérable face au risque de maladies somatiques.

– Les enquêtes anamnestiques sur le lien psychosomatique entre certains événements biographiques et l'histoire de la maladie doivent être analysées avec précaution.

– Le choix d'une profession ou de styles de vie réputés « exposés », peut être induit par des caractéristiques de personnalité en rapport étroit avec une prédisposition aux décompensations somatiques.

– La perte de l'homéostasie entre l'individu et le milieu culturel, lorsque l'un évolue plus vite que l'autre, constitue un facteur de risque.

– La société occidentale moderne s'avère de moins en moins tolérante face à la libre expression des émotions par le corps et aux classiques symptômes de conversion hystérique touchant les fonctions somatiques de la vie de relation, ce qui explique peut-être un « enfouissement » progressif des décharges émotionnelles incontrôlables, dans le domaine viscéral.

V. – LES MÉTHODES D'ANALYSE PSYCHOLOGIQUE

L'approche psychologique et surtout psychanalytique s'est faite dans quatre directions principales :

1. Avec Alexander, Dunbar et l'École de Chicago, s'est développé tout un courant visant à **définir des « profils psychosomatiques » caractéristiques de certaines grandes entités anatomo-cliniques.** Cette « caractériologie » psychosomatique s'est en fait surtout basée sur l'organisation des comportements et notamment des attitudes sociales, bien qu'elle ait eu en permanence le souci de mettre en relation de tels traits de personnalité avec l'organisation psychique sous-jacente et avec les conflits inconscients.

2. Les perspectives de l'École psychosomatique de Paris se sont montrées à la fois moins ambitieuses et plus unitaires et compréhensives : il s'agissait de définir non pas des modèles de fonctionnement spécifiques, mais un **type plus général d'organisation psychique propre à favoriser la somatisation des affects.** Ce point de vue s'est surtout basé sur l'analyse de la relation d'objet et des mécanismes de défense ainsi que sur l'étude du narcissisme, s'inscrivant ainsi dans une théorie

« économique » de l'appareil psychique et des forces dont ce dernier est le siège.

3. Tous les psychosomaticiens se sont interrogés sur la **nature du lien entre les conflits à l'origine d'une désorganisation somatique ou les représentations fantasmatiques propres à un malade et les symptômes somatiques, présentés au cours d'une maladie,** ce qui revenait à poser la question du « choix » de l'organe malade, et de la possibilité pour le symptôme psychosomatique d'être porteur d'une signification.

4. Enfin, certains auteurs se sont plus particulièrement intéressés à la **psychogénèse d'une vulnérabilité somatique** (générale ou plus spécifique de certaines affections) et au rôle des relations mère-enfant précoces ou des attitudes affectives et éducatives adoptées par des personnages nourriciers, dans la constitution d'une prédisposition de tel type.

1. – LES PROFILS DE PERSONNALITÉ

Nous reviendrons sur ces « portraits » à l'occasion des illustrations cliniques de la deuxième partie. Nous pouvons brosser toutefois dès maintenant, à titre indicatif, quelques silhouettes typiques devenues classiques depuis leurs descriptions initiales et souvent vérifiées dans des études à large échelle.

■ C'est Saul, Dunbar et Alexander qui ont les premiers souligné combien les ***hypertendus*** sont partagés entre deux tendances contradictoires : d'une part un besoin de passivité et de *dépendance,* vécu comme infériorisant et humiliant, inacceptable par le sujet; d'autre part un comportement réactionnel visant à la *maîtrise* des situations, à la domination et à l'autonomie. De tels patients se présentent souvent sous une *apparence extérieure calme et insouciante qui masque une importante tension émotionnelle* voire une hostilité à l'égard de l'entourage. La maîtrise de soi est généralement la conséquence d'une *détermination consciente* de ces sujets, qui déploient souvent une grande énergie à réprimer leurs affects, notamment leur agressivité, mais aussi tout émoi qui pourrait révéler leur dépendance à autrui. Leur affirmation de soi, leur compétitivité, leur combativité les poussent à rechercher des responsabilités et à s'engager dans une activité permanente, voire une hyperactivité. Ce sont ces mêmes traits de caractère qui expliquent le fréquent déni de la réalité de la maladie et de ses implications thérapeutiques lorsque l'hypertension est découverte.

■ Beaucoup de ces caractéristiques se retrouvent dans la ***personnalité coronarienne*** décrite par Dunbar à partir d'un petit échantillon de sujets. Arlow a voulu attribuer la lutte sans merci pour le succès et

l'aspiration à la réussite, constatées chez ces patients, a une rivalité symbolique avec le père. Rosenman et Friedman ont tenté de définir deux patterns comportementaux (A et B), le premier étant significativement plus fréquent chez les coronariens que dans la population générale. La découverte du *pattern A* chez un sujet indemne de toute affection cardiaque peut donc avoir une *valeur prédictive* et constitue un facteur de risque de nature psychologique, parmi les autres facteurs de risques coronariens. C'est la raison pour laquelle ce pattern a été dénommé « coronaryprone » ou coronarogène : on y retrouve schématiquement l'importance de l'investissement professionnel, l'ambition sociale, la peur de l'inactivité, le sentiment de fuite du temps et la fréquence des réactions d'impatience; il existe une importante « désidérabilité » sociale qui coïncide avec un état de tension permanent dans les rapports sociaux et avec une grande *vulnérabilité face à l'échec* et à toute blessure narcissique. Il est intéressant de noter que le pattern A est significativement associée en dehors d'une coronarite avec trois facteurs biologiques prédisposants : l'hypercholestérolémie, l'élévation des béta-lipoprotéines et la prolongation de l'hyperlipémie postprandiale. D'autres études ont permis de décrire chez les coronariens la prédominance d'une organisation obsessionnelle de la personnalité (Jouve, Dongier) : il semblerait également que les professions ou les statuts professionnels impliquant des responsabilités (cadres par exemple) comportent un risque coronarien supérieur aux autres, ces deux constatations n'étant pas transposables à l'hypertension artérielle permanente. Enfin, tout facteur nutritionnel mis à part, il semble bien que la morbidité cardio-vasculaire soit un *phénomène de civilisation,* lié au modèle de société occidentale, favorisant la compétitivité et la rentabilité et réprimant parallèlement l'expression de l'agressivité alors qu'en même temps les contraintes éducatives se font plus souples en ce qui concerne la sexualité : nouvel argument en faveur du rôle joué par le couple refoulement/répression, dans la progression des maladies dites « psychosomatiques » et le retrait de l'hystérie.

■ On retrouve dans les descriptions de ***l'ulcéreux*** chez Alexander, de nombreuses caractéristiques déjà évoquées pour les affections cardio-vasculaires. Cependant, la plupart des études insistent sur l'importance des tendances « orales » frustrées et sur l'intense *besoin de dépendance et de protection* de l'ulcéreux, tantôt réprimé et tenu à distance par une hyperactivité et un comportement ambitieux et compétitif, tantôt compensé par les satisfactions trouvées dans les relations familiales ou conjugales, plus rarement manifeste et, dans ce cas, culpabilisant. Par contre, lorsque l'*intervention chirurgicale* n'a pu être évitée, la place prise par les tendances passives-dépendantes dans l'organisation de la personnalité revient souvent au premier plan (De M'Uzan et Bonfils).

Il faut noter qu'en raison de ses particularités sémiologiques, l'ulcère pousse le patient, plus souvent que ne le fait l'hypertension, à exprimer une plainte à l'entourage personnel ou médical, et à se situer à l'égard des soignants dans une position d'attente et de dépendance. Il est d'ailleurs remarquable que la prévalence comme l'incidence de la maladie ulcéreuse soient inversement proportionnelles aux chiffres tensionnels, comme si ces deux affections correspondaient à deux modes différents de somatisation s'excluant l'un l'autre et survenant sur des personnalités schématiquement opposées. (Medalie et coll., *Lancet,* 12 déc. 1970).

■ Il a été beaucoup plus difficile de trouver des profils typiques de ***maladies asthmatiques :*** si les mêmes conflits de dépendance/indépendance sont toujours évoqués, déjà Alexander soulignait qu'on retrouve parmi les asthmatiques des sujets ambitieux, raisonneurs, mais aussi des hypersensibles. Ici, le besoin de dépendance prendrait moins la forme « d'être nourri » comme chez les ulcéreux, que celle « d'être protégé », « choyé » par un personnage maternel. On retrouve très souvent un attachement excessif et non résolu à la mère; les relations nouées avec l'entourage se font souvent sous l'égide d'une *avidité orale foncièrement ambivalente car captatrice et donc menaçante pour l'objet.* La frustration d'une telle revendication affective peut conduire à un repli dépressif ou à des attitudes caractérielles où l'agressivité devient plus manifeste. La maladie amène parfois ces patients et leur famille à resserrer des liens de dépendance mutuelle, chacun devenant la victime de l'autre et trouvant prétexte à assouvir selon les cas un besoin de protection, de sacrifice ou de domination.

■ Ces particularités de l'asthmatique dans le *maintien d'une bonne distance avec l'objet* se retrouvent chez beaucoup de ***maladies allergiques*** ce qui a conduit à cerner chez ces derniers des traits de personnalité communs. C'est dans cette optique que Marty et l'École psychosomatique de Paris ont tenté de définir une « relation objectale allergique » : celle-ci peut être observée au niveau de l'entretien clinique, à travers l'*aisance* parfois *exagérée* de ces patients lorsqu'ils sont confrontés à une situation nouvelle, ou lorsqu'ils se trouvent en contact avec un interlocuteur jusque-là inconnu. Les relations personnelles de ces patients seraient influencées par une tendance permanente à se rapprocher de l'objet au point de se confondre avec lui : le caractère frustrant ou décevant de l'objet pourrait alors déclencher une crise allergique mais de nouvelles relations pourraient se nouer avec une rapidité et une labilité parfois étonnante, grâce à un nouvel objet investi, substitut de l'ancien. De telles caractéristiques relationnelles seraient en rapport avec des fixations, massives ou partielles, à un stade très précoce du développement libidinal, stade préobjectal, avant la reconnaissance

de l'Autre comme totalité et comme séparé de soi. Il est intéressant de signaler que l'étude « éthologique » des nourrissons allergiques permet de constater l'*absence de l'angoisse de l'étranger caractéristique du 8e mois* et définie par Spitz comme le deuxième organisateur du développement psycho-affectif. Il est par ailleurs d'expérience courante que la plupart des allergiques ne présentent pas l'équivalent de cette répression des affects relevée dans de nombreuses autres affections psychosomatiques : la libido circule librement dans leurs investissements objectaux, même si elle a du mal à être canalisée; des représentations mentales sont fréquemment associées aux situations conflictuelles et aux symptômes corporels. L'*intrication avec des manifestations de type hystérique* n'est pas rare. Il n'est pas rare non plus d'assister à une amélioration remarquable des symptômes après un nombre limité d'entretiens cliniques, qui pourrait évoquer un *effet de suggestion* et que l'on doit rapporter à l'*appui anaclitique* trouvé dans la relation thérapeutique. Asthme et allergie ont donc une place à part dans les « personnalités psychosomatiques ».

2. – LA PERSONNALITÉ PSYCHOSOMATIQUE

L'étude des profils de personnalité a abouti à la délimitation d'un certain nombre de traits de caractère pertinents et à une meilleure compréhension de l'effet pathogène des conflits incriminés dans le déclenchement des affections dites psychosomatiques et de leurs poussées. Malgré des nuances certaines d'un profil à un autre (mais nous avons été volontairement schématiques dans un but didactique et n'avons choisi que quelques exemples « classiques ») il n'en reste pas moins que la spécificité de ces profils a été plusieurs fois contestée. Par ailleurs, les descriptions oscillent ou mélangent des variables comportementales et une analyse de l'organisation libidinale, donc un regard appartenant plutôt à la psychologie clinique classique et un regard psychanalytique.

On doit reconnaître donc à un groupe de psychanalystes parisiens (Ch. David, M. Fain, P. Marty et M. de M'Uzan) le mérite d'avoir tenté d'élaborer une **théorie unitaire de l'organisation psychosomatique.** La réflexion théorique de ces auteurs a été stimulée au départ par une constatation tirée de leur expérience clinique : une certaine catégorie de leus patients, porteurs de maladies somatiques, avait *pendant l'entretien* une attitude bien particulière à l'égard du thérapeute et à propos de la maladie. Ces sujets s'attachaient, en effet, à décrire exclusivement leurs symptômes et éventuellement des données biographiques ou professionnelles, en fonction de repères impersonnels, de type spatio-temporel. Tout ce qui concernait la matérialité des faits, les aspects concrets de la vie, était privilégié au détriment de toute annotation affective. Le dis-

cours se déroulait ainsi selon un ordre rationnel, semblant éliminer soigneusement tout ce qui pourrait en troubler la logique séquentielle. Le matériel une fois exposé, les patients s'arrêtaient. Les sollicitations à poursuivre, les questions de l'observateur, n'arrivaient à les relancer que sur le chemin déjà parcouru, *sans qu'aucune association subjective ne vienne en dévier le sens.* Ce comportement contrastait avec celui des névrosés placés dans une situation comparable d'entretien qui étaient enclins, eux, à associer librement souvenirs, émotions, souhaits, craintes, à partir de fragments de leurs discours ou du discours de l'examinateur, et s'adressaient fréquemment à ce dernier, se montrant curieux de l'effet produit sur lui ainsi que de son opinion sur leurs symptômes.

Autant les névrosés pouvaient être gênants par leurs digressions ou par leurs commentaires affectifs lorsqu'ils étaient interrogés par des internistes, autant les patients en question semblaient parfaitement *adaptés* à la situation d'examen.

Ce type de relation avec l'interlocuteur, vide de toute affectivité, a été appelée par ces auteurs **« relation blanche ».** Cette relation semble donc ignorer l'interlocuteur : à la limite, celui-ci n'est pas un Autre avec lequel un échange libidinal pourrait s'engager mais un tiers-témoin que sa neutralité prédestine à une saisie « objective » des faits. Le silence de l'observateur ne favorise pas les mouvements transférentiels du patient et s'il vient à se prolonger, signant ainsi l'hétérogénéité entre l'observateur et le patient, il peut conduire ce dernier à rompre la relation à moins qu'apparaissent des manifestations d'ordre somatique (par exemple une élévation tensionnelle pendant l'entretien) qui signent une perturbation du système de sécurité de l'individu et l'émergence d'affects qui ne peuvent plus être maîtrisés.

Ce sont ces mêmes particularités de la communication médecin-malade et la difficulté de voir s'instaurer un véritable transfert qui ont conduit à une technique d'entretien dite « anamnèse associative ». Cette technique basée sur la relance du patient à partir des derniers mots qu'il a prononcés ou du dernier sujet abordé, a été prônée déjà par F. Deutch et a trouvé une impulsion nouvelle grâce à l'École psychosomatique de Paris.

Les particularités du déroulement du discours au cours de l'investigation psychosomatique a abouti à la notion de **« pensée opératoire » :** celle-ci redouble en quelque sorte l'action qu'elle restitue avec un souci de fidélité, au lieu de s'en distancier; elle est essentiellement factuelle, colle aux faits, qu'elle ordonne chronologiquement, et *préside à des réalisations pratiques.* C'est un type de rapport à la réalité qui favorise une action efficace sur les choses. Il peut donc être fructueux aussi bien dans le domaine de l'abstraction que dans celui de la technicité (dans le champ scientifique, mais aussi dans celui des arts). Il faut noter qu'il

est *valorisé par la culture occidentale* contemporaine nourrie d'esprit cartésien et tournée vers la rentabilité.

Ce fonctionnement mental peut donner le change avec la pensée obsessionnelle, d'autant qu'une cuirasse névrotique obsessionnelle plus ou moins fragile peut se superposer à une structure opératoire de base. Mais si l'obsessionnel tend lui aussi à une maîtrise des affects, il se distingue du malade psychosomatique par une érotisation de la pensée : l'obsessionnel travaille son matériel verbal, se perd en corrections, approximations, hypothèses, conjectures; la toute puissance de sa pensée, la crainte superstitieuse de voir un désir se réaliser, soulignent l'importance de l'espace imaginaire chez de tels patients.

La pensée opératoire va de pair avec une limitation des capacités identificatoires des patients psychosomatiques. Ces derniers se montrent souvent peu aptes à imaginer les différences qui existent entre eux et les autres, ou à accepter ce qui peut faire l'originalité de leur interlocuteur. Cette **« reduplication projective »** leur fait appréhender l'humanité entière comme coulée dans le même moule et rend le patient particulièrement *sensible aux stéréotypes culturels* et aux conventions collectives. Ses habitudes alimentaires, l'organisation de ses loisirs, ses attitudes devant certains événements, et éventuellement ses conflits quand il reconnaît en avoir, sont à l'en croire ceux de « tout le monde », d'où l'apparence d'une soumission à un *idéal du Moi collectif,* au détriment d'un Surmoi personnalisé, et la *fréquence des sentiments de honte ou d'humiliation,* par rapport aux sentiments de culpabilité, dans une situation d'échec.

Cette difficulté à imaginer la différence ferait partie d'un **blocage plus général des capacités d'élaboration fantasmatique :** ces patients présentent peu de rêveries éveillées, ne se projettent pas dans le futur; leurs rêves se limitent souvent à une reproduction de restes diurnes, sans le travail de déplacement, condensation ou symbolisation, propre à la figuration onirique.

C'est dans cette optique que l'on pourrait signaler chez les plus « opératoires » d'entre eux la rareté de symptômes spécifiquement névrotiques (conversions hystériques, phobies, obsessions). Quand le symptôme psychosomatique survient, contrairement aux symptômes hystériques, il ne serait porteur d'aucun sens à déchiffrer grâce à un éclairage psychanalytique. C'est ce qui a fait dire que le symptôme psychosomatique était « bête ».

Nous reviendrons plus loin sur ce point qui a été amplement contesté; soulignons cependant que « l'absence de sens » initiale du symptôme ne veut pas dire que ce dernier ne puisse pas secondairement être investi d'une signification en fonction des conflits inconscients du patient et à la faveur d'un certain dynamisme de l'organisation fantasmatique. Par ailleurs, la limitation ou la rigidité de la vie imaginative, *n'impliquent*

pas obligatoirement l'absence de représentations mentales, mais plutôt le caractère plus ou moins enfoui de ces dernières et la difficulté à les lier entre elles, avec les situations réelles, et avec les affects.

En définitive, les patients ainsi décrits par l'École de Paris sont caractérisés par un mode d'organisation mentale qui favorise leur adaptation sociale et leur productivité mais les rend plus que d'autres sensibles aux traumatismes (pertes objectales ou blessures narcissiques). C'est en termes économiques que cette « fragilité » peut au mieux se comprendre. Ce qui manque ici c'est la possibilité de laisser circuler l'énergie libidinale mise à nu par le traumatisme et de la métaboliser à travers les potentialités fantasmatiques ou les mécanismes de défense dont le sujet disposerait, notamment à travers les mouvements d'introjection-projection qui permettraient au sujet de se déprimer et de s'engager dans un authentique travail de deuil ou de se sentir menacé de l'extérieur et de prendre des mesures d'évitement. Pulsions agressives et pulsions sexuelles ne peuvent trouver ici de satisfaction détournée dans une idée de vengeance, une mise en scène masochique ou un fantasme masturbatoire. Il n'y aurait pas non plus chez ces sujets une possibilité d'exutoire aux tensions ressenties, grâce au comportement impulsif, c'est-à-dire au « passage à l'acte », en tant que réponse immédiate au besoin, court-circuitant lui aussi les moyens qu'offre le fantasme de différer la satisfaction attendue. Il manquerait donc à ces patients une « épaisseur régressive » suffisante, qui leur permettrait un mouvement de retrait nuancé devant l'adversité ou devant un sentiment d'impuissance, visant à organiser différemment leurs réserves énergétiques et leurs relations objectales : le « traumatisme » psychique pourrait par conséquent les soumettre d'emblée à une *désorganisation* profonde impliquant des remaniements somatiques et mettant en jeu des mécanismes de défense archaïques, de type biologique.

Marty voit dans l'ampleur de ces bouleversements somatiques l'effet d'un *« instinct de mort »* toujours présent chez l'individu à l'état potentiel, dans le cadre d'une conception dualiste de l'organisation pulsionnelle en termes de pulsion de vie et de pulsion de mort. La première serait à l'origine d'un travail de liaison, de synthèse et de construction; la deuxième traduirait une tendance permanente à la répétition, au désordre et au morcellement. Cette conception métaphysique du fonctionnement psychique garde un intérêt pratique certain, car elle permet de décrire la personnalité des individus en termes « d'organisations » défensives plus ou moins élaborées et la « maladie », qu'elle soit physique ou psychique, en termes de « désorganisation » globale ou partielle. Nous allons voir qu'elle comporte aussi des implications prophylactiques.

Cette vision « économique » de l'appareil psychique ne correspond pas pour autant à un parti pris structural : elle ne prétend pas en effet

qu'un type d'organisation se mette en place une fois pour toutes et fige l'individu dans ses capacités évolutives pour en faire une victime de sa structure. Au contraire, elle *a d'autant plus d'intérêt qu'elle peut s'inscrire dans une conception dynamique de l'histoire d'un sujet.* En réalité, tout individu peut osciller entre un nombre plus ou moins important de formes différentes d'organisation vitale, en fonction de déterminismes personnels, innés ou acquis, des aléas de son histoire et des *capacités créatrices* qui lui sont propres. L'émergence de certaines formes d'organisation au cours de certaines périodes de la vie, peut être considérée comme l'indice d'un mouvement « évolutif » ou « contre-évolutif » en train de s'opérer, et avoir par conséquent une valeur pronostique.

C'est ainsi que *l'effacement momentané des défenses mentales* d'un individu (par exemple des manifestations névrotiques ou des traits de caractère névrotique liés aux formations réactionnelles) ou un *appauvrissement de sa vie fantasmatique* peuvent constituer un *signal d'alarme.* C'est ainsi également que des activités sublimatoires, offrant une satisfaction socialisée aux pulsions sexuelles, peuvent être massivement désinvesties. Les capacités d'humour peuvent s'estomper. Une « pensée opératoire » et une limitation des intérêts et de l'action du sujet au « factuel », peuvent être l'aboutissement de cet état de crise que Marty désigne sous le terme de **« dépression essentielle »** pour la distinguer du travail de deuil et de l'élaboration introjective qui caractérisent habituellement un mouvement dépressif. Le danger est alors grand, si l'on n'y prenait garde, que le processus « désorganisateur » poursuive sa course et qu'apparaissent les manifestations somatiques. Un tel tableau, surtout s'il apparaît comme le résultat d'une régression chez un individu au fonctionnement jusque-là plus souple, représente en effet un état de fragilité maximale et de vulnérabilité accrue aux agressions biologiques qui sont tenues habituellement à distance grâce à la mise en œuvre efficace d'un système complexe de défense.

On voit que cette conception du fonctionnement psychique remodèle d'une manière originale les classifications nosologiques classiques : mais si elle enlève aux « maladies » telles qu'on a l'habitude de les imaginer, leur statut ontologique rassurant d'entités ayant une vie et un génie évolutif propres, elle restitue au « malade » ou plutôt au « sujet » celui de pôle organisateur d'une histoire. Selon ses capacités du moment, ce sujet réagira de manière variable à toute sorte d'agents pouvant avoir un rôle pathogène : tantôt il y sera insensible, tantôt il s'en défendra d'une manière adaptée, tantôt il échouera dans la mise en jeu de ses défenses jusqu'à être submergé par l'emballement d'un système défensif archaïque (ce serait le cas par exemple des maladies dites « auto immunes »).

3. – LA SIGNIFICATION DU SYMPTÔME « PSYCHOSOMATIQUE »

Intrigués par l'énigme de la « somatisation » hystérique, de nombreux auteurs ont voulu poser la question du sens dont seraient porteurs les symptômes physiques secondaires aux lésions psychosomatiques.

Nous distinguerons schématiquement deux grands courants opposés avant d'envisager des positions plus nuancées.

■ ***Le premier courant*** a tenté d'appliquer à la psychosomatique le modèle de la conversion somatique décrit par Freud dans l'hystérie. Le nom de **Georg Groddeck** est resté attaché à une telle théorisation; bien que non psychanalyste, ce dernier avait été longtemps soutenu par Freud qui reconnaissait lui devoir beaucoup. Groddeck est en effet l'inventeur du « Ça » dans la théorie psychanalytique, concept repris et développé par Freud dans sa seconde topique. Le Ça est défini comme la force qui fait agir l'homme, qui le fait « penser, grandir, être bien portant et malade, en un mot, qui le fait vivre » : il s'exprime au moyen de symboles et tout matériau est bon pour servir de support à une telle symbolisation. Il existe ainsi une véritable *anatomie fantasmatique,* parallèle à l'anatomie scientifique, différentes régions du corps étant considérées comme l'incarnation de qualités ou d'affects ou comme des représentants analogiques les uns des autres, renvoyant notamment à une multiplicité de figurations possibles de l'appareil génital, mais aussi de l'enfant, de la femme ou de l'homme en général. Pour Groddeck les modifications physiologiques et les formes prises par une maladie ne sont pas dues au hasard, et correspondent à une intentionnalité expressive sur la scène corporelle, selon des *règles représentatives du même type que celles du rêve.* C'est ainsi que la fièvre devient le « signe » d'un sentiment trop brûlant; une affection cardiaque, le signe d'une souffrance d'amour ou de haine; une tumeur, le signe d'un désir de grossesse. Si les carottes provoquent un ballonnement (encore une manifestation d'une grossesse symbolique), c'est qu'elles constituent aussi un symbole sexuel viril.

On pourrait poursuivre longtemps ces illustrations anecdotiques, non dénuées parfois d'un effet poétique, mais risquant de tourner en dérision une conception naïve de la pratique psychanalytique. Elles constituent cependant une vaste *imagerie mentale* des organes et fonctions corporelles ou de leur altération, imagerie qui peut rendre compte sinon de la pathogénèse des maladies, du moins des constructions fantasmatiques, conscientes ou inconscientes, auxquelles les troubles somatiques vont offrir autant de points de fixation ancrés dans le réel.

Groddeck voyait dans toute maladie une formation de compromis comparable aux actes manqués et au travail de rêve. Les symptômes

somatiques revêtiraient donc une valeur économique en contribuant à l'aménagement de la relation d'un sujet avec la réalité extérieure et avec sa propre réalité psychique. Ils pourraient persister ou disparaître selon que les bénéfices escomptés par le Ça de sa production créatrice, se seraient révélés réellement satisfaisants ou non.

Si une telle théorie du symbolisme est insoutenable scientifiquement, on ne peut cependant rejeter en bloc cette somme d'intuitions issues d'une imagination aussi fertile, d'autant que le « choix » du système affecté par la maladie ou le « choix » des localisations d'une affection donnée, constituent encore de nos jours une énigme. Même si l'on réfute une telle conception généralisée de la conversation hystérique, *on ne peut exclure qu'une symbolisation greffée secondairement sur les symptômes contribue à leur maintien ou intervienne dans leur évolutivité.*

– *D'autres auteurs comme* **Angel Garma** ou **Medard Boss** s'inscrivent dans une voie proche de celle de Groddeck. Le premier, élève de l'*école kleinienne,* s'est distingué entre autres dans le traitement psychanalytique de malades ulcéreux : l'ulcère serait dans cette conception, l'effet de la mauvaise mère internalisée, ressentie au creux de l'estomac. A vrai dire, la théorie kleinienne, par l'utilisation systématique qu'elle fait des notions d'*introjection/projection* et de *bon objet/mauvais objet,* se prête admirablement à l'interprétation de toute lésion somatique (de même que de tout trouble purement fonctionnel ou de tout symptôme hypochondriaque). Des représentations inconscientes sont censées avoir des implications réelles, inscrites dans la chair. Le glissement qui s'opère à nouveau entre l'imaginaire et le réel, entre l'outil interprétatif dans la cure analytique et la démonstration expérimentale d'un enchaînement pathogénique, risque de jeter le discrédit sur une théorie du fonctionnement psychique, qui a démontré son aspect fertile pour la compréhension du développement de la personnalité infantile ainsi que des angoisses psychotiques ou des formations délirantes.

Ces élaborations, parfois déconcertantes, doivent être replacées dans le contexte des cures analytiques de patients porteurs d'affections somatiques. Il peut arriver qu'une interprétation portant sur l'aspect symbolique de certains symptômes soit suivie de la disparition des troubles somatiques. Cette constatation n'est pas pour autant une preuve de la « véracité » de l'interprétation, car cette dernière peut agir sur des facteurs symboliques surajoutés qui entretiennent la présence du symptôme alors que sa cause initiale peut avoir disparu : elle peut surtout offrir un support imagé à l'affect, et **introduire une médiation entre les conflits et le corps,** en permettant ainsi à des fantasmes enfouis dans la profondeur des viscères de coloniser un espace mental. On favoriserait ainsi une *« désomatisation »* des affects analogues au processus physiologique qui au cours du développement infantile libère progressivement le fonctionnement psychique de ses liens corporels, alors qu'il

y aurait lors d'une affection « psychosomatique » un processus inverse de *« resomatisation »*, c'est-à-dire de régression de la pensée à un mode de fonctionnement plus archaïque (Schur).

■ ***Le deuxième grand courant*** sur la signification du symptôme est représenté par les positions initiales de l'École psychosomatique de Paris, déjà décrites.

– **Alexander** s'était déjà efforcé d'*opposer point par point la névrose hystérique et les névroses d'organe,* instituant une tradition encore respectée par certains. L'hystérie utiliserait la musculature à innervation volontaire et les fonctions sensitives ou sensorielles branchées sur la vie de relation, pour en faire le support de symptômes de conversion qui épargneraient à l'organisme toute lésion anatomique. La névrose d'organe traduirait à travers le système neurovégétatif, les muscles lisses involontaires et les viscères, les conséquences d'une absence de contrôle des décharges émotionnelles pouvant aller jusqu'à la lésion constatable anatomiquement. Les manifestations somatiques, ainsi que le choix de l'organe malade, n'auraient en soi aucune signification : le corps, support d'un message chiffré, dans le cadre de l'hystérie, ne serait ici qu'une pure victime d'un dérèglement surdéterminé de ses fonctions, sans arriver à s'impliquer dans un véritable système de relation avec autrui.

– L'**École de Paris** a repris une telle distinction en évoquant notamment la « bêtise » du symptôme psychosomatique, à intégrer dans une conception plus globale de la « pensée opératoire », conçue comme une limitation des capacités symboliques et une carence de l'élaboration fantasmatique.

– Cette théorie, qui depuis ses premières formalisations s'est enrichie et nuancée, a été critiquée par de nombreux auteurs, par exemple par **Valabrega.** Ce dernier a proposé d'établir une *continuité* entre la conversion hystérique et la somatisation psychosomatique en cherchant des *formes de passage* et en soulignant des points d'interférence entre les deux modèles de fonctionnement. D'une part, l'hystérie laisse ouverte la question déjà posée par Freud de la *« complaisance somatique »* dans le point de cristallisation du symptôme : des facteurs autres que psychologiques ou symboliques semblent en effet contribuer au choix des symptômes et favorisent la propension d'un individu à la conversion hystérique (hypersensibilité innée ou acquise d'une fonction, fragilisation à la suite d'une maladie somatique, impact passé d'un traumatisme physique, acquisition conditionnée d'un nouveau réflexe ou d'un nouveau « pattern » comportemental).

– D'autre part, de nombreux symptômes psychosomatiques posent le problème d'une expression symbolique partielle ou du moins d'une

capacité de figuration à travers le corps. A cet égard, il est capital de distinguer autant que possible deux domaines souvent confondus dans les travaux psychosomatiques : celui des *manifestations psycho-fonctionnelles,* sans altération organique sous-jacente, et celui des *lésions anatomocliniques* proprement dites. Les premières correspondent à des dysrégulations de fonctions naturelles (transit intestinal, rythme cardiaque, tension musculaire, etc.) : selon les cas, elles peuvent survenir sur des structures « opératoires » apparemment pauvres en fantasmes, ou sur des structures hystériques où elles jouent le rôle de symptômes de conversion. Les secondes supposent des remaniements, plus ou moins profonds, des fonctions physiologiques et le recours à des mécanismes de défense inhabituels ou incontrôlés (lésions ulcéreuses, manifestations allergiques, processus auto immuns, voire transformations prolifératives) : la place d'une symbolisation est ici beaucoup plus incertaine, aléatoire et difficile à démontrer.

Les *affections dermatologiques,* par leur appel obligé au regard, constituent un champ privilégié pour la psychosomatique et la confrontation des deux modèles théoriques opposés. Si plusieurs catégories d'affections cutanées sont réputées être de type psychosomatique (eczéma atopique, psoriasis, vitiligo, pelade, lichen, prurit, urticaire, herpès), plusieurs d'entre elles posent fréquemment la *question de leurs localisations privilégiées ou aberrantes.* Il n'est pas rare que les zones corporelles ainsi désignées, soient associées dans l'histoire du patient ou dans son esprit au souvenir de traumatismes physiques, voire à l'image de zones équivalentes du corps de personnes investies affectivement et qui ont pu être, à leur tour, le siège de traumatismes, de lésions, ou d'une fonction symbolique particulière.

Des travaux de *vésication cutanée sous suggestion hypnotique* (Chertok *Ann. Med. Psychol.,* 1977, *135,* pp. 1-13) ont permis de démontrer que la figuration inconsciente d'une localisation corporelle pouvait être à l'origine de modifications vasculaires, humorales et mêmes cellulaires, strictement localisées, faisant intervenir probablement la médiation du système nerveux autonome, grâce à une « somatotopie » des perceptions corporelles sur le cortex cérébral. C'est ainsi que des patientes auxquelles on avait suggéré sous hypnose qu'une pièce de monnaie apposée sur leur peau était brûlante, ont développé après le retour à la conscience, des brûlures du deuxième degré au niveau précis de l'emplacement préalable de la pièce.

Des constatations intrigantes sur les localisations aberrantes de certaines dermatoses ont fait évoquer un *mécanisme archaïque d'identification au corps de l'autre,* s'inscrivant dans une tendance globale de la personnalité à se rapprocher jusqu'à la fusion avec l'Autre : identification totale et massive, bien différente de l'identification partielle, hystérique qui suppose, elle, l'assomption imaginaire d'un symptôme, d'une

habitude, ou d'un trait de caractère de l'Autre, perçu dans ce cas à la fois comme modèle et comme rival potentiel (J. Mc Dougall).

Hystérie et psychosomatique présentent donc des points communs et des différences. On pourrait dire, en paraphrasant **Brisset**, qu'elles sont le négatif l'une de l'autre, dans un système d'échanges qui suit le modèle des vases communicants. Les épidémiologistes avaient déjà noté la régression de l'hystérie de Charcot au cours du vingtième siècle et son cantonnement dans des manifestations à la limite de toute authentification anatomoclinique, telles des algies. Parallèlement, les affections dites « psychosomatiques » semblent en progression constante et cela ne semble pas dû à un simple artefact en rapport avec l'affinement des méthodes de diagnostic. Nous sommes dans une civilisation où la « régression » est en général mal supportée, socialement inacceptable, humiliante au niveau de l'individu. Le contrôle des émotions prend progressivement une place extensive alors que parallèlement les mœurs se libéralisent et les tabous sexuels tombent : le *couple refoulement-répression* volontaire se modifie ainsi sensiblement dans notre société, à la faveur du deuxième terme. Une sexualité plus pragmatique ne suffit pas à maintenir le caractère sexuel de la libido, au contraire, car le corps lui-même finit par être soumis aux mêmes impératifs que le statut social : recherche de la performance, du rendement, de l'exploitation fonctionnelle.

C'est dans cette optique que l'on doit insérer la *multiplication de certaines affections gynécologiques :* la « libéralisation de la femme », l'uniformisation des modèles culturels, quel que soit le sexe, l'assomption jubilatoire des méthodes contraceptives en tant que moyen de maîtrise des nécessités corporelles et de régulation du désir et du plaisir, tous ces facteurs semblent curieusement aller de paire avec une augmentation de l'incidence des dysovulations, des aménorrhées psychogènes et des cas de stérilité féminine, preuve peut-être de la difficulté à se situer dans un éventail mouvant de modèles identificatoires et de l'attirance moderne par l'illusion d'une maîtrise plus complète des pulsions et des conflits.

Ce *chemin* qui peut être repéré dans une visée épidémiologique est le même que celui *qui, de la psychosomatique à l'hystérie, peut être parcouru à rebours, lors du processus thérapeutique d'une cure psychothérapique.* Il est difficile de parler ici d'analyse et de transfert, car celui-ci a beaucoup de mal à s'instaurer lorsque l'on a à faire à des structures de type « opératoire ». Et pourtant, lorsque l'amélioration survient, elle se manifeste par un *saut* aussi mystérieux du somatique au psychique que l'est celui qui s'effectue dans le sens inverse au cours de la conversion hystérique.

Notons que même le cas classique de Dora, comme le remarque Fain, est un cas mixte, constitué de symptômes appartenant aux deux séries

et que la maturation de la patiente se traduit dans la cure par une « hystérisation » progressive.

On retiendra des approches psychologique et psychanalytique les notions essentielles suivantes :

– On retrouve souvent chez des patients présentant une même affection somatique, des traits de personnalité communs qui peuvent éclairer les raisons du choix préférentiel de certains styles de vie et permettre de mieux comprendre le caractère traumatique de certains événements liés au déclenchement de la maladie.

– Ces portraits caractéristiques n'ont cependant qu'une valeur indicative et on a voulu repérer, à l'origine de nombreux troubles psychosomatiques, un certain type d'organisation de la personnalité, tourné vers des réalisations concrètes, limité dans ses capacités de « mentalisation » des conflits, bridé dans le libre maniement des productions imaginaires, entravé dans ses possibilités de liaison entre des émotions et des affects, et des représentations fantasmatiques.

– Un tel fonctionnement « opératoire » de l'appareil psychique peut n'être qu'un moment évolutif dans l'histoire d'un individu. Il acquièrt une valeur d'alarme, s'il apparaît comme une étape régressive car il peut alors annoncer la survenue prochaine d'une désorganisation somatique.

– L'évaluation d'un fonctionnement mental doit tenir compte des conditions artificielles dans lesquelles s'opère le plus souvent l'investigation clinique : c'est au cours d'une relation suivie que peuvent être appréhendées au mieux les capacités défensives ou créatives d'un individu.

– Les sujets prédisposés à une affection psychosomatique présentent souvent un narcissisme fragile : les situations de perte objectale sont vécues avant tout comme une blessure narcissique qui ne peut être réparée efficacement par un retrait libidinal et un travail de deuil.

Les traumatismes affectifs peuvent rappeler à ces sujets leur fragilité et la crainte de l'abandon contre lesquelles ils luttent souvent dans leur vie quotidienne par la maîtrise de leurs émotions et la recherche d'une autonomie maximale.

La situation conflictuelle ayant un rôle étiologique dans la décompensation psychosomatique, renvoie le patient à un sentiment d'impuissance, sans qu'il lui soit toujours possible d'extérioriser ou d'aménager son angoisse ou sa colère.

Selon les écoles, le trouble psychosomatique est investi d'une signification analogue au symptôme de conversion hystérique, ou à l'inverse, est considéré comme dénué de sens. Classiquement le symptôme hystérique représente symboliquement un fantasme inconscient et touche les fonctions sensorimotrices de la vie de relation, alors que le trouble psychosomatique signale un déréglement émotionnel et le corps n'en est que la victime, par l'intermédiaire de l'action du système nerveux autonome et d'influences hormonales.

La réalité est plus complexe et le champ des manifestations psychosomatiques fonctionnelles peut notamment offrir, le cas échéant, un support à des mécanismes de conversion hystérique.

La topographie lésionnelle, en particulier dans certaines affections dermatologiques, peut être sous la dépendance d'un mécanisme d'identification archaïque, évoquant une confusion imaginaire entre certaines zones du corps propre et le corps de l'Autre.

Le balancement entre manifestations hystériques et troubles psychosomatiques est aussi fonction de la tolérance culturelle à l'égard d'une expressivité somatique des affects.

VI. – LES MANIFESTATIONS PSYCHOSOMATIQUES CHEZ L'ENFANT. DÉDUCTIONS SUR LA GÉNÈSE DE CERTAINS TRAITS DES PERSONNALITÉS PSYCHOSOMATIQUES DE L'ADULTE

L'enfance est véritablement « l'âge d'or de la psychosomatique » (Mazet et Houzel). C'est aussi un terrain d'investigation quasi expérimental pour les chercheurs car c'est l'époque de la vie qui se prête le mieux à des observations longitudinales de type éthologique, sur l'interaction entre l'enfant et son environnement naturel.

Comme chez l'adulte, les manifestations psychosomatiques de l'enfant peuvent se répartir en manifestations purement fonctionnelles, investies ou non d'une signification symbolique, et en manifestations psychosomatiques proprement dites. On peut inclure dans les premières des perturbations de conduites plus ou moins élaborées, telles la conduite alimentaire. Il est important de signaler que les symptômes de conversion hystérique sont relativement rares chez les enfants et que *l'imitation* des camarades ou des proches y joue souvent un rôle important de même qu'une *atteinte somatique préalable,* offrant un point de fixation au symptôme hystérique (c'est ce que Michaux désigne sous le terme de « méiopragie d'appel »). C'est ainsi qu'on a décrit l'intrication d'authentiques crises d'épilepsie et de crises hystériques, ou les fameuses épidémies de malaises dans les pensionnats de jeunes filles. Il est aussi des cas où une simulation est consciemment utilisée par l'enfant pour fuir une situation pénible ou obtenir certains bénéfices.

Le corps est utilisé d'une manière privilégiée par l'enfant pour expri-

mer ses affects (joie, colère, rage), et décharger à travers sa motricité une quantité trop forte d'excitation libidinale ou agressive, ce qui peut aller des cris ou des pleurs et de l'agitation motrice aux véritables « crises de nerfs ».

Cette expressivité somatique est d'autant plus importante que l'enfant est plus jeune, a fortiori s'il n'a pas encore acquis l'usage de la parole. Plus on rétrograde dans l'âge de l'enfant, plus la distinction entre psychosomatique et hystérie est difficile à faire, du moins en ce qui concerne les troubles fonctionnels. Il est ainsi toute une série de manifestations somatiques, caractéristiques de certains âges de la vie et traduisant des *modes préférentiels de décharge somatique des tensions,* selon le degré de maturation des diverses fonctions physiologiques et selon le développement des relations objectales. On a ainsi identifié des coliques idiopathiques du premier trimestre, l'anorexie « nerveuse » du second semestre, des vomissements psychogènes, le spasme du sanglot de la 2e année, les troubles plus tardifs de la fonction sphinctérienne, ou des troubles à la fois plus élaborés et plus inquiétants comme le mérycisme.

Il apparaît par exemple que les **coliques idiopathiques** du 1er trimestre, surviennent chez des enfants hypertoniques ayant des mères qui s'occupent d'eux avec une « sollicitude anxieuse » permanente, en interprétant d'une manière inadéquate les cris de leurs bébés et en *répondant d'une manière stéréotypée par une suralimentation* qui ne peut qu'aggraver les troubles digestifs de l'enfant et entretenir le cercle vicieux. La séparation d'avec la mère, ou tout simplement la sucette ou le bercement peuvent avoir un effet thérapeutique. Ces coliques disparaissent toujours au deuxième semestre et d'autres voies de décharge s'offrent à l'enfant pour évacuer ses tensions : c'est là que les troubles des conduites alimentaires ou des fonctions cardio-respiratoires (comme le spasme du sanglot) peuvent prendre *l'allure d'un message adressé à l'autre* et exprimer l'opposition ou la colère du nourrisson. L'existence de tels troubles chez l'enfant paraît constituer un antécédent qui est assez fréquemment retrouvé dans des troubles analogues de l'adulte (syncopes émotionnelles, conduites anorexiques).

A côté de tous ces troubles fonctionnels, existent de véritables affections psychosomatiques de l'enfant dont les plus fréquentes sont l'eczéma atopique et l'asthme bronchique précoce, ces deux entités pouvant être associées ou se succéder chez le même enfant.

L'eczéma fait partie de ces affections somatiques lésionnelles dont la survenue suppose un déterminisme multifactoriel. On retrouve souvent dans la famille des enfants eczémateux un terrain atopique (asthme, eczéma, rhume des foins, urticaire, migraine); l'expérimentation a démontré pour beaucoup d'entre eux, dès la naissance, une excitabilité réflexe cutanée élevée. On peut donc supposer que l'expression dermato-

logique des conflits repose en partie sur une fragilité cutanée congénitale.

De nombreuses études ont décrit un *dysfonctionnement de la dyade mère-enfant* dans les cas d'eczéma infantile. Plusieurs auteurs font état d'une sollicitude anxieuse chez ces mères, masquant une hostilité cachée. On relève également une inhibition du toucher avec évitement des occasions de contact physique et limitation des caresses. Spitz fait entrer l'eczéma parmi les maladies « psychotoxiques », c'est-à-dire en rapport avec des attitudes maternelles inadéquates (qualitativement perturbées) par opposition aux maladies de « carence » en rapport avec des soins maternels insuffisants (quantitativement perturbés).

On a critiqué les déductions avancées par Spitz à partir d'une population de mères célibataires vivant en institution, mais d'autres études semblent confirmer ces résultats. Il faut faire cependant la part dans le comportement phobique décrit chez la mère de l'eczémateux, d'une exigence instinctuelle excessive de l'enfant, déconcertant la mère, d'une maladresse chez cette dernière, bien compréhensible lorsqu'il s'agit d'un premier né, enfin d'un rejet de l'enfant plus ou moins refoulé. Par ailleurs, plusieurs études ont été effectuées lorsque l'eczéma de l'enfant s'était déjà constitué : surprotection maternelle et phobie du toucher peuvent aussi être interprétées comme une réaction de ces mères à une maladie physique de leur enfant vécu comme endommagé, tout mouvement agressif devant être évité par la mère en raison de sa culpabilité, au profit d'une attitude réparatrice.

La culpabilité maternelle se trouve parfois confortée quand c'est la lignée maternelle qui a transmis l'hérédité atopique. En dehors de leur intérêt théorique ces notions comportent également des implications pratiques, car **toute « interprétation sauvage » de la part du thérapeute au sujet de l'agressivité et du rejet inconscient de la mère ne pourrait qu'accroître sa culpabilité, et renforcer ses attitudes surprotectrices ou phobiques, considérées par ailleurs comme pathogènes.**

Nous avions mentionné plus haut qu'on a constaté également chez les enfants eczémateux l'absence de l'angoisse caractéristique du 8^{e} mois devant le visage de l'étranger (Spitz), ce qui est à rapprocher de constatations analogues faites chez l'enfant asthmatique (Kreisler-Fain-Soulé). On a pu donc penser qu'un nourrisson soumis à des signaux maternels ambigus, avait plus qu'un autre des difficultés pour élaborer des relations objectales normales; les images intériorisées de la « bonne mère » et de la « mauvaise mère » ne seraient pas distinctes, gênant le déplacement sur un personnage étranger des craintes et des sentiments agressifs et ne permettant pas de préserver l'image d'un personnage maternel rassurant et bienfaisant. A un stade où la maturation cognitive de l'enfant lui permettrait de distinguer le visage de sa mère de celui de tout autre personne, ses réactions affectives sont les mêmes

devant la mère comme devant tout étranger. Il y aurait donc une *interchangeabilité dans l'investissement affectif d'autrui*, phénomène qui a été décrit dans les relations objectales des adultes présentant une « structure allergique » de la personnalité.

Ces constatations font penser que « l'autre » assure souvent dans la « relation allergique » une fonction « anaclitique », d'étayage, de soutien, de complément rassurant, au lieu d'être investi à part entière en tant qu'individu distinct. On retrouve là la notion du rôle de **« pare-excitation »** que toute mère joue habituellement tout au long de la maturation affective du jeune enfant (cf. chap. 2).

En effet, la mère est pour le nourrisson en raison de l'immaturité motrice et affective de ce dernier, l'auxiliaire indispensable qui médiatise ses échanges avec le monde extérieur. C'est elle qui joue un rôle de discrimination, qui filtre les stimuli provenant de l'environnement à un moment où le nourrisson est incapable lui-même d'assurer sa propre protection. La mère joue donc un rôle de barrière « pare-excitation » qui préserve son enfant jusqu'à ce que ce dernier puisse en prendre le relais grâce à la maturation de ses fonctions corporelles. Quand le rôle de pare-excitation est joué correctement par la mère, l'enfant investira ses limites corporelles, c'est-à-dire ses organes sensoriels et sa surface cutanée, comme capables de lui assurer la protection dont il a besoin contre toute agression extérieure sans être sous la menace permanente d'une possible effraction.

Ainsi, *pour que la peau puisse jouer son rôle de frontière entre le dedans et le dehors, il faut que l'enfant ait acquis un sentiment de sécurité suffisant*, lié à la qualité des échanges libidinaux avec sa mère et à la protection que cette dernière aura pu lui assurer. Les capacités d'individuation et d'autonomisation de l'enfant vont de pair avec la confiance que celui-ci met dans ses ressources corporelles et la solidité de ses limites (Anzieu). Accepter dans ce cas une séparation avec la personne aimée n'est plus une source de danger car il existe alors des possibilités de repli respectant l'intégrité du soi. *Dans le cas contraire, toute séparation constitue une menace pour le sujet car elle équivaut à une brèche ouverte dans son système de protection et de défense*, dans la mesure où la personne aimée l'est moins comme un individu à part entière que comme un complément de soi, indispensable à l'équilibre vital.

On peut penser, en raison des particularités des relations mère-enfant chez un enfant atopique, que cette fonction de « pare-excitation » est assurée d'une manière telle qu'elle gêne son relais progressif par l'enfant lui-même : soit qu'elle persiste d'une manière excessive dans le cadre d'une relation surprotectrice, soit qu'elle s'avère insuffisante lorsque la relation mère-enfant est ambiguë.

Une fois l'eczéma installé il peut constituer pour l'enfant l'occasion

privilégiée de s'assurer la présence de sa mère et de favoriser ses contacts avec elle : un facteur psychologique surajouté risque dans ce cas de contribuer à l'entretien des lésions cutanées. Ces dernières, qui n'étaient au départ que l'expression d'une incapacité du nourrisson à organiser d'une manière satisfaisante sa relation avec la réalité extérieure, peuvent devenir à la longue porteuses d'un véritable message à l'adresse du personnage apaisant. Cela sera d'autant plus vrai que la mère favorisera toute recherche de dépendance de la part de son enfant, y voyant la preuve de son utilité, de ses capacités soignantes, voire de l'amour que son enfant lui porte.

En ce qui concerne l'enfant, l'apparition des lésions dermatologiques constituera également un champ de polarisation de ses comportements moteurs. On a souvent noté, en dehors d'une recrudescence anatomique des lésions, la survenue ou l'aggravation de conduites de grattage dans des situations de frustration susceptibles de déclencher la colère de l'enfant. La lésion dermatologique offre donc une *possibilité de décharge motrice à l'agressivité de l'enfant.*

On sait que dans la plupart des cas, l'eczéma régresse vers l'âge de 2-3 ans. Deux éléments d'ordre psycho-affectif paraissent intervenir à cette période de la vie pour favoriser l'effacement des lésions : d'une part le jeune enfant acquiert progressivement une *autonomie locomotrice* qui lui permet d'aménager sa relation avec la réalité environnante sans être constamment sous la dépendance du personnage maternel ou de l'un de ses substituts. D'autre part, c'est surtout chez l'enfant plus grand que le *personnage paternel* acquiert un rôle plus différencié, s'écartant d'une fonction de simple substitut maternel pour assumer celle d'une *médiation* entre l'enfant et sa mère.

Ainsi la maturation motrice et l'apparition d'une relation familiale triangulaire confèrent à l'enfant des capacités accrues d'aménager sa distance aux objets.

L'importance des attitudes maternelles précoces dans l'apparition des troubles psychosomatiques de l'enfant peut également éclairer la génèse de certaines organisations psychosomatiques de l'adulte. *Le développement des capacités d'élaboration fantasmatiques est en effet lié aux expériences de plaisir et de besoin qui ont jalonné la préhistoire du nourrisson.*

Quand les expériences de nourrissage et de rapprochement avec le « pré-objet » qu'est la mère à ce stade de la vie ont été satisfaisantes, l'enfant livré à la resurgence de ses besoins peut « halluciner », c'est-à-dire rendre présentes mentalement de telles expériences de plaisir à condition toutefois qu'il lui soit donné un temps suffisant pour éprouver un manque.

Que ce temps soit trop long (c'est le cas quand le « pare-excitation » est insuffisant) et l'impossibilité pour le fantasme de différer valable-

ment la satisfaction réelle du besoin, aboutit à une désintrication pulsionnelle et à des récations comportementales de repli, voire d'auto-destruction : on rejoint là le problème des carences affectives précoces et des cas cliniques « d'abandonnisme ». *Que ce temps soit trop court* (c'est le cas quand le « pare-excitation » est trop présent), et le fantasme n'a même plus le loisir de se mettre en place : le besoin est immédiatement comblé, la réponse maternelle se faisant dans le sens d'une efficacité maximale; il n'y a *plus de place pour l'auto-érotisme* de l'enfant et les occasions d'exploiter ses possibilités d'introjection ou de projection s'en trouvent limitées. On reconnaît ici les notions de mère « trop bonne » de Winnicott, ou de mère « calmante » de J. Mc Dougall. La personnalité de l'enfant risque dans ces cas de se développer de façon à répondre d'une manière aussi « opératoire » à l'aménagement des besoins, que la mère le faisait face à l'émergence pulsionnelle.

On retiendra de l'étude des manifestations psychosomatiques chez l'enfant, les éléments suivants :

- L'absence de moyens de communication verbale, l'immaturité motrice, et l'état de profonde dépendance à autrui, propres au nourrisson, le prédisposent tout particulièrement à exprimer ses affects à travers son corps.

- Plusieurs fonctions corporelles peuvent réagir préférentiellement à un vécu conflictuel, selon le stade du développement affectif et psychomoteur du nourrisson.

- Quelles que soient les prédispositions biologiques éventuellement associées, les troubles psychosomatiques précoces ne peuvent se comprendre qu'en tenant compte du fonctionnement de la dyade mère-enfant.

- On a décrit dans de nombreux cas, l'existence d'une sollicitude anxieuse chez la mère qui s'avère maladroite dans l'exercice adéquat de son rôle de « pare-excitation », qu'elle soit insuffisamment sécurisante, avec même une phobie du contact corporel, ou « trop bonne » et hyperprotectrice.

- De tels troubles des relations mère-enfant précoces peuvent être à l'origine d'une mauvaise différenciation des relations objectales et d'une absence de l'angoisse de l'étranger caractéristique du huitième mois, auxquelles on peut rapporter certains traits de la « personnalité allergique ».

- La capacité à fantasmer et le développement de l'espace imaginaire sont en relation avec la nature des expériences précoces de satisfaction. Il faut que le nourrisson ait eu à sa disposition un temps suffisant, ni trop long ni trop court, pour prendre conscience de sa solitude et de ses besoins, et pour y substituer des satisfactions imaginaires permettant de différer l'obtention d'un plaisir réel.

VII. – CONCLUSION

Bien des questions restent ouvertes à la fin de ce survol des principales théories et de certains travaux sur la pathologie psychosomatique.

La saisie plus explicite des voies par lesquelles le psychisme influe sur la santé d'un individu, cette meilleure connaissance de l'autre, par le médecin, ou de soi-même, par le malade, ne conduisent pas nécessairement à une action efficace sur cette source supplémentaire de souffrance que peut être la vie psychique : de même que dans une démarche « organiciste » l'élucidation des causes et des mécanismes ne permet pas forcément de déjouer leur pouvoir désorganisateur et mortifère, une appréhension plus globale de l'homme malade se heurte elle aussi à un certain nombre de limitations.

Il existe par ailleurs une inégalité foncière de l'homme devant la maladie, non seulement du fait de la confrontation contingente, donc imprévisible, avec bien des situations traumatiques, mais aussi du fait de « failles » indéniables dans l'organisation de l'édifice psychosomatique propre à chaque individu : ces failles auront plus de chances de rester quiescentes ou méconnues pour ceux qui auront été mieux « dotés » par la nature ou favorisés par leurs conditions d'existence. Des systèmes défensifs pourront être mis en place pour les protéger. Jamais cependant elles ne sauraient être abolies, de même que jamais une existence ne saurait mettre un individu à l'abri de toute souffrance ou de toute épreuve.

Cette limitation du pouvoir de réparation caractéristique de la fonction soignante, ne doit pas pour autant désarmer : une conception élargie de la santé humaine devrait même conduire à attacher de l'importance à toute une série de facteurs qui échappent strictement au champ de la médecine et qui ont affaire à la qualité de la vie, au respect des libertés individuelles, à l'expression des capacités créatrices de l'homme. Un tel regard devrait alors permettre d'être sensible à l'existence d'une souffrance débutante risquant de déborder les capacités de réaction d'un individu, et de pouvoir agir avant qu'une « désorganisation » plus ou moins profonde ne vienne témoigner d'une détresse restée sans appel.

Bibliographie d'orientation

ALBY J.M. – La médecine psychosomatique aujourd'hui. *Rev. Méd. Psychosom.* 1979, *21*, 259-275.
ALEXANDER F. – *La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications* Payot, Paris, 1952.
BRISSET CH. – Hystérie et pathologie psychosomatique, *Rev. Praticien*, 1964, *14*, 1459-1470.
CAIN J. – *Le syndrome psychosomatique.* Privat, Toulouse, 1971.
DONGIER M. – *Névroses et troubles psychosomatiques.* Dessart, Bruxelles, 1969.
GRODDECK G. – *La maladie, l'art et le symbole* Gallimard, Paris, 1969.
HAYNAL A., PASINI W. – *Abrégé de Médecine psychosomatique,* Masson, Paris, 1978.
KREISLER L., FAIN M., SOULE M. – *L'enfant et son corps,* PUF, Paris, 1974.
MAC DOUGALL J. – *Plaidoyer pour une certaine anormalité,* Gallimard, Paris, 1978.
MARTY P., M. de M'UZAN, DAVID C. – *L'investigation psychosomatique,* PUF, Paris, 1963.
MARTY P. – *Les mouvements individuels de vie et de mort* Essai d'économie psychosomatique, Payot, Paris, 1976.
MAZET Ph. – Les concepts en psychosomatique. Historique. Orientations théoriques, *Rev. Praticien* 1979, *29*, 2491-2503.
SELYE H. – *Le stress de la vie,* Gallimard, Paris, 1962.
WIDLOCHER D. et ALLILAIRE J. F. – La clinique psychosomatique. *Rev. Praticien,* 1979, *29*, 2477-2488.

EN CONCLUSION A L'ÉTUDE
DE LA PERSONNALITÉ

6

PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT ET ATTITUDES ÉDUCATIVES

Qu'il le souhaite ou non, tout soignant est sollicité au niveau d'attitudes éducatives : que ce soit directement par des demandes de conseils, ou indirectement par le fait que ses attitudes seront, dans bon nombre de cas, interprétés dans ce sens. La signification et les valeurs attachées à son rôle contribueront en effet à conférer cette portée à ses actes (sur cette notion de valeur cf. la 2e partie et plus particulièrement le chapitre 7).

Nous n'entrerons pas dans le détail des conduites à tenir, illusoires dans ce domaine, du fait de l'importance de la façon de faire et donc de l'implication personnelle du soignant ou de l'éducateur. Nous allons présenter rapidement une vue synthétique des grands principes qu'il est possible de dégager de l'étude du développement de la personnalité que nous venons de parcourir. Nous présenterons en premier quelques types de situations conflictuelles nécessaires à l'organisation de la personnalité. De ces principes nous essaierons de dégager une meilleure compréhension des attitudes susceptibles d'aider la formation de la personnalité et d'éviter les arrêts du développement et les organisations pathologiques.

I. – SEXUALITÉ ET CULPABILITÉ

La culpabilité semble inhérente à l'être humain et nul n'y échappe. On a voulu situer son origine à l'extérieur de l'individu au niveau des règles morales, religieuses ou sociales. Celles-ci semblent en fait n'en être que les organisateurs, formalisant et socialisant un sentiment qui trouverait ses racines dès les premières interactions entre l'enfant et son environnement. De nombreux auteurs, dont D. Lagache, font remarquer que la *vie mentale se constitue dès son origine sous le signe des valeurs.* Nous avons vu en effet que, dès les premiers mois de sa vie, le nourrisson fonctionne dans un système d'introjections-projections où le monde et les choses se divisent de façon entièrement manichéenne en bon et mauvais. Le bon, c'est ce qui soulage, ce qui apaise, que l'on avale et que l'on garde à l'intérieur. Le mauvais, c'est ce qui augmente la tension et que l'on recrache en l'expulsant à l'extérieur.

C'est la constance de l'objet maternel qui permettra à l'enfant de sortir du manichéisme pour entrer dans le monde de l'ambivalence où le bon et le mauvais s'allient, dans l'enfant, comme ils s'allient en l'objet tour à tour bon car gratifiant et mauvais car frustrant. Mais vient alors la crainte que cette alliance des sentiments bons et mauvais (agressifs) n'ait endommagé l'objet aimé et haï : la mère. C'est la période de l'angoisse du 8e mois (chapitre 2) et la naissance des processus de réparation, fondement du souci moral.

Les expériences à tonalité sexuelle contribuent souvent à accroître l'anxiété et l'ambivalence de l'enfant puis de l'adolescent. Elles sont sources de plaisir, mais aussi d'un sentiment de dépendance, car le plaisir est une émotion qui envahit et emporte l'intéressé et peut lui faire craindre d'en perdre le contrôle. L'émoi sexuel plonge celui qui le vit dans un état de soumission à l'égard de l'objet qui le provoque. Or, cet objet s'associe inévitablement aux fantasmes concernant les premiers objets d'amour : les parents.

Dans ce contexte, l'*apparition du sentiment de culpabilité, lié au complexe d'Œdipe, a valeur organisatrice.* En effet, en renonçant au désir incestueux, l'enfant se donne le droit de chercher d'autres liens sexuels et dans le même mouvement se libère de la trop grande proximité parentale et du danger de dépendance qu'elle comporte.

La persistance d'une culpabilité marquée ou son accroissement lors de la puberté prouve une réactualisation de ces liens œdipiens. Elle est souvent le signe également d'un conflit latent avec les parents et témoigne d'un besoin de garder des liens étroits avec eux et leurs images intériorisées, comme si une menace empêchait de s'en éloigner même en pensée.

L'apparition de la loi venue du tiers, le père, et au travers de lui, de

la société permettra à l'enfant de sortir de la relation à deux et de la réparation permanente pour accéder à la liberté d'agir moyennant le respect de la loi du père interdisant l'inceste mais l'autorisant à s'identifier à lui.

> On voit donc que les règles morales, dont les prototypes sont les interdits de l'inceste et du meurtre, viennent donner forme, organiser et médiatiser le monde archaïque manichéen de la relation primitive à la mère. Les conflits de culpabilité seront ainsi plus souvent liés à des problèmes de séparation d'avec la mère qu'au poids propre de ces règles.

Dans ces conditions, *vouloir déculpabiliser brutalement un enfant ou un adolescent peut être maladroit, voire dangereux.* Cela risque, en effet :

– d'une part, d'être entendu par lui comme une incitation au passage à l'acte incestueux, aggravant son angoisse. La levée des interdits provoque en effet inéluctablement une actualisation et une reviviscence des liens fantasmatiques avec les parents,

– d'autre part, de le mettre dans l'obligation implicite de rompre ses liens avec les mêmes parents auxquels les interdits le liaient (cf. ce que nous avons dit au chapitre 3 du Surmoi et de l'Idéal du Moi), rupture qui le protège du vécu incestueux mais qui le précipite dans la solitude et peut-être même dans la perte de l'estime de lui-même.

Enfin, comme l'a fait remarquer S. Lebovici, *les interdits protègent le narcissisme de l'enfant en lui permettant de penser que ce sont les parents qui l'empêchent de réaliser ses désirs plutôt que de ressentir que, de toute façon, il ne peut les satisfaire du fait de son immaturité physique.*

> La meilleure façon d'alléger la culpabilité ne réside donc pas dans une tentative de déculpabilisation brutale mais plutôt dans l'attitude d'écoute et de compréhension qui, par elle-même, du seul fait que chaque souhait, chaque désir peuvent être exprimables et entendus sans drame ni rejet, exerce un effet apaisant, qui allège le conflit interne et le sentiment de culpabilité qui en découlait.

Le lien entre sexualité et culpabilité est donc essentiellement un lien imaginaire, fantasmatique et non pas un lien lié à la seule méconnaissance de la nature de la sexualité. Informer ne suffit pas et le climat affectif dans lequel vit l'enfant, c'est-à-dire la nature de la relation que ses parents entretiennent avec leur propre complexe d'Œdipe et leur sexualité, comptera plus que les informations données. Néanmoins le grand intérêt d'une information plus libre sur la sexualité est qu'elle peut être une occasion de faire intervenir la parole. Cette dernière sera

bénéfique si elle est reliée aux émotions profondes qu'elle aide à exprimer et à communiquer, et si elle ne se réduit pas à une pseudo-information technique.

Mais cet échange et ces informations, ont une limite, celle du monde privé de chacun. Une expérience n'est vraiment maturante que si elle est une découverte pour l'enfant ou pour l'adolescent, et non pas une offrande des adultes. Bien souvent ceux-ci peuvent être tentés de revivre à bon compte leur propre adolescence au travers de celle de leur enfant. Quelles que soient les bonnes intentions, rien ne serait plus grave que de voler leur adolescence aux adolescents, en voulant leur faire faire l'économie de cette crise et en l'utilisant à des fins partisanes d'adultes.

II. – DÉVELOPPEMENT ET CONFLITS

Rôles respectifs de l'entourage et de l'appareil psychique de l'individu

Le long processus d'individuation et d'autonomisation, qui chemine de la naissance à l'âge adulte, comporte, dès le début, nous l'avons vu, des points forts, des moments de crise qui ont valeur organisatrice et mutative. Du fait de l'immaturité de l'enfant et de sa dépendance, ces crises et les tensions qui en découlent mettent à contribution l'entourage. De la réponse de celui-ci dépendra une grande part de l'évolution.

■ Nous en arrivons ainsi à une conception dynamique de la personnalité centrée sur la notion de ***conflit.*** On rencontre le conflit à tous les niveaux de la personnalité :

– Conflit dans la nature même des investissements où l'on retrouve toujours l'amour et la haine et nous avons vu au chapitre 2 les difficultés et l'importance pour l'enfant d'accéder à la position ambivalente c'est-à-dire à la capacité de supporter leur coexistence.

– Conflit entre les investissements externes dits objectaux et les investissements du sujet par lui-même dits narcissiques qui recoupe le conflit entre le besoin de dépendance et d'amour et l'aspiration à l'autonomie.

– Conflit entre la recherche de la satisfaction immédiate et les exigences de la réalité externe.

– Conflit à l'intérieur même du monde psychique entre les différentes instances.

Le conflit peut avoir un rôle maturant organisateur, indispensable au

développement de la personnalité *ou au contraire un effet désorganisateur,* entraînant des réponses de plus en plus inadaptées, pouvant conduire à une altération du corps lui-même. *Ces effets opposés du conflit dépendent essentiellement du contexte affectif et relationnel dans lequel il se déroule.*

L'enfant en conflit dans un contexte qui reste positif et où il se sent aimé et soutenu en sortira renforcé ayant appris que l'expression des tensions et de l'agressivité ne compromettait pas la qualité positive de ses relations. L'agressivité deviendra alors utilisable pour de nouvelles acquisitions.

L'enfant en conflit dans un milieu hostile, insuffisamment aimant ou non fiable du fait de l'imprévisibilité de ses réactions en retirera une insécurité profonde. L'agressivité ne sera pas utilisable à son profit car trop dangereuse et l'amour ne sera pas plus profitable car trop incertain et porteur de trop de risques de déceptions et de souffrances.

> C'est en effet dans l'enfance que s'acquiert le style de la relation au monde et que s'organisent les représentations de désir, fondement des motivations ultérieures. Même si des modifications restent toujours possibles, elles demeurent difficiles et aléatoires. Du fait de la profonde tendance à la répétition, les attitudes acquises auront tendance à se perenniser.

Pour qui a connu des relations essentiellement empreintes de cruauté, nouer des relations de ce même type par la suite sera la seule façon de conserver un lien d'attachement à ses premières relations, celles auxquelles nous avons tendance à demeurer profondément fidèles. Et il faut bien comprendre que cette fidélité sera d'autant plus absolue que le lien primitif était plus mauvais car l'attaquer serait risquer de ne plus avoir aucun lien, du fait de la carence en liens positifs intériorisés. C'est ce qui explique bien des comportements paradoxaux de l'adolescent et de l'adulte. Placé devant des situations modérément frustrantes, voire apparemment très banales, il réagira avec une violence incompréhensible si on ne la relie pas aux expériences passées. De même ce seront ces liens relationnels archaïques intériorisés qui le contraindront à rompre brutalement toute relation satisfaisante et d'amour par identification à l'agresseur (répétant activement ce qu'il avait subi passivement, et par fidélité à l'objet frustrant initial.)

> C'est à l'appareil psychique et tout particulièrement au Moi et à ses fonctions que sera dévolu le rôle médiateur et organisateur de ces différents conflits.

Nous avons vu combien était progressif le processus de séparation-individuation qui conduisait l'enfant d'une dépendance totale à l'égard

de la mère à une autonomisation complète. L'appareil psychique et le Moi de l'enfant et de l'adolescent prennent donc le relais de cette mère puis des deux parents, à l'image desquels l'enfant se construira en reprenant à son compte les différentes fonctions tenues précédemment par les parents (chap. 2) : fonctions de contenant, de pare-excitation, de soutien bienveillant, de liaison des pulsions, de dispensateur de soins et d'amour, de sollicitateur de désirs et de plaisirs à fonctionner dans les différents registres (plaisirs corporels, intellectuels, de l'activité...). Mais cette autonomie de l'appareil psychique n'est jamais totale et ce dernier aura périodiquement besoin de trouver des appuis extérieurs. Ce sera particulièrement le cas quand le poids des conflits sera trop important et débordera ses capacités de contention et de liaison. L'importance de cet appui pourra être très variable et osciller d'une simple image favorable de lui-même renvoyée de l'extérieur à un soutien allant jusqu'à la substitution quasi complète de ses fonctions défaillantes (alimentation, sécurité...). Le médecin sera souvent amené involontairement à jouer ce rôle. Il le fera d'autant mieux qu'il en comprendra le sens et la portée. Signalons une fois encore l'importance implicite de personnages jouant le rôle de miroir et de double sur lesquels s'étayent le Moi de certains sujets. Ces derniers fonctionnent apparemment bien et sans problèmes jusqu'au jour où la perte du personnage satellite, les désorganisera brutalement révélant au grand jour leur fonctionnement profondément symbiotique passé inaperçu jusqu'alors. Ce rôle est souvent tenu par un personnage de second plan, par rapport aux parents, un membre de la fratrie, un ami, un professeur, ou par l'adhésion à un idéal.

Face à ces conflits et au poids de la répétition la seule solution possible sera celle de l'élaboration psychique, de la « mentalisation ». On entend par élaboration psychique ce travail de l'appareil psychique qui consiste à intégrer et à maîtriser les excitations qui le sollicitent en liant les affects aux représentations correspondantes et celles-ci entre elles, constituant ainsi des ensembles cohérents et relativement stables. *La parole a là un rôle déterminant :* nommer les affects permet de leur donner sens en les liant aux représentations qui les ont suscités et de les rendre acceptables en les inscrivant dans la relation à celui à qui on parle. La verbalisation dans une relation a ainsi souvent un effet de dédramatisation, les mots perdant leur pouvoir magique et la pensée se dégageant de la toute-puissance qui est celle de l'enfance et qui persiste peu ou prou en chacun au niveau de l'inconscient. Les mots ont par eux-mêmes une capacité de décharge comme le prouve aisément l'effet de détente que peut procurer le fait de parler de ses émotions et de trouver le mot juste pour caractériser un état affectif. *Les événements à effets traumatiques comme la maladie, la charge dynamique d'une relation transférentielle, sont souvent des moments propices à ce travail de*

liaison. Tous les mots ont alors une portée excessive. Le méconnaître peut être une source de répétition supplémentaire des difficultés du patient. Le repérer peut parfois permettre de l'utiliser à bon escient et doit au moins pouvoir éviter de nuire.

Ce sera la tâche du travail psychothérapique de faciliter une remémoration et une réactualisation des conflits infantiles intériorisés par leur externalisation dans la relation transférentielle, dont on peut espérer un effet correcteur et une meilleure maîtrise par le Moi.

> L'appareil psychique et le monde interne des fantasmes peuvent donc être conçus comme un tampon s'interposant entre le monde externe et notre corps. En cela, ils prennent le relais du premier environnement de l'enfant, nécessaire à sa survie psychique et physique, sur le modèle duquel ils se sont construits. Toute difficulté majeure dans la relation à ce premier environnement aura donc des répercussions sur leur organisation et leur fonctionnement. Toute carence dans le fonctionnement de l'appareil psychique et dans l'organisation du monde fantasmatique fragilisera l'individu, lui ôtant sa barrière protectrice, le laissant plus seul, plus démuni, plus exposé aux agressions et plus vulnérable dans sa santé physique et psychique.

EN CONCLUSION

Le conflit a un rôle structurant et nécessaire au développement de la personnalité et à l'achèvement du processus de séparation-individuation, à condition qu'il soit rendu supportable, qu'il ne soit pas dramatisé et ne devienne pas un état permanent, seul mode toléré de communication. C'est souligner le rôle capital de l'entourage dans l'aménagement des conditions du conflit.

Le conflit, en effet :

– est un facteur d'individuation et de personnalisation : il est occasion de contact tout en affirmant les différences;

– donne un rôle actif à l'enfant ou à l'adolescent, prend valeur d'épreuve, lui permet de mesurer ses forces et d'accroître sa confiance en ses capacités propres;

– témoigne de l'intérêt porté à l'enfant et à l'adolescent, de l'importance accordée à ses attitudes tout en permettant un maniement de l'agressivité qui ne soit pas destructeur.

L'adulte ne doit donc pas chercher à l'éviter, mais plutôt à en permettre l'aménagement :

– en montrant que lui-même y est soumis, le tolère et que les règles qui servent d'occasion, sinon de prétexte, au conflit ne sont pas nées

de son arbitraire mais appartiennent à la loi sociale et s'imposent également à lui;

– en montrant que le conflit ne rompt pas la communication ni les liens d'affection, mais en permet la maturation et l'approfondissement.

Mais pour cela, il faudra que l'adulte accepte de tenir sa place et reconnaisse donc la différence des générations. Or, bien souvent, ce que l'on rencontre, et notamment dans les cas de troubles psychopathologiques de l'enfant ou de l'adolescent, ce sont *des parents qui agissent leurs propres conflits au travers de leurs enfants :*

– *en cherchant à vivre au travers de leurs enfants une enfance idéale* à laquelle ils n'ont pas renoncé;

– *en faisant jouer à leurs enfants un rôle d'adulte,* recherchant auprès d'eux approbation et soutien, réclamant qu'ils cautionnent et approuvent toutes leurs décisions;

– *en vivant leur enfant,* souvent un seul parmi la fratrie, *comme une résurgence d'une figure parentale* sur laquelle ils reportent les sentiments primitivement adressés aux parents, entraînant une sévérité excessive, des craintes imaginaires et une surprotection, ou une relation trop intense et souvent quasi incestueuse par ses implications affectives (appelée relation contre-œdipienne par déplacement sur l'enfant de la relation œdipienne primitive avec leurs parents).

Dans tous ces cas, *il y a collusion et confusion des fantasmes parentaux avec ceux des enfants.* Ceux-ci ont de ce fait beaucoup de difficultés à reconnaître ce qui leur appartient et à tracer une frontière précise entre leur monde psychique interne et celui de leurs parents, source de difficultés d'individuation.

Le conflit permet donc à l'enfant comme à l'adolescent de se repérer et de sortir de son isolement. C'est une occasion d'entrer en relation avec les autres et de donner issue à son ambivalence.

Il peut s'en prendre au monde des adultes et donner sens à son agressivité. Sinon, celle-ci risque de se retourner contre lui dans un mouvement dépressif, où il se sent écrasé par la culpabilité liée à une agressivité qui ne trouve plus à s'exprimer face à des adultes qui se veulent toujours bons, compréhensifs ou qui devancent toute critique en s'autoaccusant en permanence.

III. – CONNAISSANCE ET AFFECTIVITÉ

Nous envisageons sous ce titre le problème des répercussions des vicissitudes affectives et relationnelles de l'enfant et de l'adolescent sur ses intérêts scolaires et ses processus d'apprentissage en général. Le domaine de la vie cognitive et intellectuelle ne peut pas être séparé de celui de la vie affective, fondement de toute motivation. Comme le souligne J. de Ajuriaguerra : *« l'organisation du langage dépend de l'équipement de base et des composantes pulsionnelles et relationnelles ».* C'est-à-dire que jusqu'à 6 ans, à un moindre degré pendant la phase de latence, puis à nouveau pendant l'adolescence, l'intérêt de l'enfant pour les mécanismes de la pensée (parole, écriture et tous les mécanismes d'apprentissage) est sous la dépendance des investissements objectaux, c'est-à-dire est fonction de la nature et de la qualité de ses relations avec son entourage.

Tout conflit avec l'entourage est susceptible de se déplacer sur ce que l'enfant est censé apprendre de ceux qui s'occupent de lui. La relation apparente se déroule sans trop de problèmes et même souvent avec une docilité de surface facilitée par le report de tous les éléments conflictuels et d'opposition sur la fonction perturbée. Nous avons vu que ce pouvait être le cas de la fonction alimentaire comme dans l'anorexie précoce, dont l'adolescence constitue également une période élective de survenue. L'enfant est particulièrement vif, éveillé, souriant et avenant mais il refuse toute nourriture. Qu'on le change de milieu et la conduite alimentaire s'améliore, tandis qu'il peut se montrer plus inquiet, dépressif ou avoir des troubles du caractère.

Toutes les grandes fonctions mentales et toutes les acquisitions instrumentales peuvent faire l'objet d'une inhibition de leur fonctionnement tandis que le sujet continue de se développer apparemment sans problèmes sur les autres plans. Un tel blocage peut être favorisé par un trouble inné, génétique ou congénital, de ce que Ajuriaguerra appelle l'équipement de base qui explique parfois le choix de telle ou telle fonction comme lieu privilégié du conflit. Mais ce trouble sera plus ou moins « exploité » selon les circonstances. Et cette exploitation sera avant tout fonction de la nature des relations de l'enfant ou de l'adolescent avec son environnement.

La conflictualisation d'un apprentissage sera toujours favorisée et renforcée par la rencontre avec un conflit latent sur ce sujet chez l'un des parents. Ce conflit se manifeste par des attitudes parentales opposées : surinvestissement de cette forme d'apprentissage, qu'ils chercheront à imposer trop tôt développant une grande inquiétude dès les moindres difficultés de l'enfant; ou au contraire désintérêt feint ou réel, n'offrant aucune occasion de stimulation à l'enfant. Il semblerait que

la première forme, le surinvestissement, entraîne davantage de perturbations, la seconde attitude provoquant plutôt un simple retard.

Quoiqu'il en soit tous les apprentissages peuvent être ainsi touchés et le préfixe « dys » vient dans le langage séméiologique marquer le trouble de fonctionnement : dyslexie pour les troubles de la lecture, dysorthographie, dyscalculie... L'ensemble du développement peut être marqué par cet écart entre le développement relativement harmonieux de certains secteurs de la personnalité, tandis que d'autres sont arrêtés dans leur évolution par la conflictualisation dont ils sont l'objet. Cet écart peut devenir organisateur, cristallisant sur lui l'ensemble des conflits. On a donné le nom de *« dysharmonies évolutives »* (P. Male – R. Mises) à ces personnalités d'enfants et d'alocescents organisées autour de cet écart entre les secteurs de leur vie intellectuelle ou affective (cf. chapitre 4). Leur évolution reste parfois très ouverte, pouvant se faire vers une harmonisation ou une forme d'équilibre, ou au contraire vers un passage à des formes franchement pathologiques. Le plus souvent cependant l'écart a tendance à s'accentuer, et c'est l'ensemble de la vie psychique qui subit un appauvrissement pouvant aboutir à un tableau de débilité. On a pu ainsi démontrer que cette dernière entité correspondait à des formes très variées dont beaucoup n'étaient pas liées uniquement à des déficiences innées mais au résultat d'une pathologie relationnelle sur laquelle une action thérapeutique restait longtemps possible. Une corrélation nette a pu ainsi être décrite entre la poussée sexuelle pubertaire et la restriction des intérêts intellectuels et de la curiosité par déplacement des conflits sexuels et des interdits qui leur sont liés.

■ ***Tout apprentissage,*** et d'autant plus qu'il est plus abstrait met en jeu *trois ordres de conflits* possibles liés à la séparation, à la rivalité et à la sexualité.

– **Apprendre c'est se confronter à la séparation** et donc à *la solitude.* C'est en effet d'une part accroître son autonomie et ainsi se séparer davantage de l'entourage, primitivement les parents, et d'autre part prendre agressivement à ce même entourage la « nourriture » offerte pour l'incorporer. Tout conflit important affectant le processus de séparation-individuation, que nous avons envisagé précédemment, risque donc d'atteindre les apprentissages. Tout excès d'agressivité, tout mouvement dépressif, affecteront souvent en priorité ce secteur.

– **Apprendre c'est se confronter à la rivalité.** Une des façons d'y répondre peut être de feindre l'indifférence et de désinvestir les apprentissages. C'est souvent ce que l'on observe à l'adolescence. Rivalité qui s'exerce par rapport aux parents qu'on a envie et peur de dépasser. Rivalité entre frères et congénères et là intervient la notion *d'équilibre*

des rôles : quand un rôle est pris, par exemple celui de bon élève, une des issues possibles pour le protagoniste est de prendre en miroir le rôle strictement inverse. C'est un des niveaux où joue le plus le phénomène de la répétition des conflits dans le cours de l'histoire d'un individu et de génération en génération. Par exemple un des parents pourra ne pas permettre par son attitude inconsciente que tel ou tel de ses enfants (souvent celui qui occupe le même rang dans la fratrie, ou celui d'un frère jalousé...) réussisse mieux que lui. Ou, un père ayant lui mieux réussi que son propre père craindra constamment que son fils ne le dépasse et l'écrasera préventivement. Une des façons subtiles d'exercer cette influence est de porter très tôt un pronostic pessimiste sur le devenir de l'enfant et de l'enfermer dans une catégorie.

Ces difficultés sont particulièrement patentes à l'adolescence au moment du *passage des examens* qui, par leur valeur symbolique, condensent ces conflits. Ce qui est alors en cause *c'est tout autant que l'angoisse de l'échec, celle de la réussite,* comme le montre le fait que c'est bien finalement l'échec que l'adolescent provoque par son attitude de fuite ou d'inhibition. Par la suite ce comportement se vérifie d'une façon encore plus exemplaire, par la fréquence avec laquelle c'est l'examen final, celui qui ouvre la porte au statut professionnel et à la vie adulte qui est l'objet de telles difficultés.

– Enfin **apprendre c'est solliciter la sexualité,** tant sont étroits les liens entre la curiosité intellectuelle et la curiosité sexuelle. Se poser des questions, solliciter son imaginaire et ses représentations mentales, c'est toujours risquer de rencontrer les interrogations latentes sur la sexualité, le mystère de nos origines et la nature des relations entre les parents. Tout conflit important à ce niveau, tout interdit massif comme toute excitation excessive entravera le libre fonctionnement intellectuel et pourra se traduire en particulier par un appauvrissement des intérêts, une incapacité à associer et des difficultés de concentration. D'autre part, tout ce que nous venons de dire au sujet de la rivalité, comme de la séparation, fait également intervenir le complexe d'Œdipe et ses soubassements sexuels.

IV. – PRINCIPES POUVANT GUIDER L'ATTITUDE DES ADULTES FACE AUX CRISES DE DÉVELOPPEMENT : EXEMPLE DE L'ADOLESCENCE

Cette attitude est difficile à trouver et à garder de par la problématique de l'adolescent mais aussi du fait même des difficultés propres des adultes. En effet face au questionnement de l'adolescent, les parents et les adultes en général ont volontiers une attitude ambiguë, l'adolescent étant pour eux en même temps un prolongement d'eux-mêmes et un rival qui a encore sa vie devant lui. L'adolescence correspond à un âge difficile pour les parents, celui du milieu de la vie où les idéaux sont confrontés avec les réalisations. Ils peuvent être tentés alors de reporter sur leurs enfants leurs illusions et les inciter à jouer en fait le rôle de parents dont ils attendraient approbation réconfort et soutien. Le conflit avec leur enfant leur est de ce fait insupportable. Il les menace dans leur équilibre et face à l'angoisse de l'adolescent ils ne peuvent qu'offrir l'image de leur propre désarroi lui renvoyant amplifiée sa propre anxiété. L'adolescent y verra un effet de sa destructivité, sa culpabilité en sortira renforcée ainsi que ses comportements provocants.

Miroir de l'adolescent, l'adulte devrait lui renvoyer une image de lui-même qui ne soit pas caricaturale mais qui soit corrigée, rendue cohérente et ayant retrouvé un sens grâce au travail d'élaboration. Cette correction pourrait toucher chaque point que nous avons donné comme caractéristique de l'adolescence :

– **L'adolescence est une crise :** il est important que *l'adulte puisse exercer un rôle contenant et organisateur,* montrant que l'angoisse est tolérable, que le conflit est supportable, que la différence est acceptable.

– **L'adolescence est dominée par le « vécu » au détriment du « pensé » :** il est important que l'*adulte prête à l'adolescent le concours de son appareil psychique* pour l'aider à nommer et à donner sens à ce qu'il vit, non pas en lui imposant ses idées, mais en l'aidant à découvrir le plaisir qu'il peut prendre lui-même dans son travail d'élaboration psychique.

– **L'adolescence est un appel à la relation,** trop puissant et aliénant, pour pouvoir être reconnu et accepté comme tel par l'adolescent : *il est important que l'adulte existe face à l'adolescent.* Pour cela l'adulte devra pouvoir parler de lui-même, exprimer ses désirs et avoir des exigences à l'égard de l'adolescent. Exigences qui sortiront celui-ci de sa

solitude et auxquelles il pourra s'opposer, mais en se permettant ainsi d'exister, de se trouver, et de prendre sa mesure dans cette opposition.

Avoir des exigences à son égard peut être une façon d'aider l'adolescent à préciser son désir et de lui permettre de le satisfaire sans avoir à en assumer la paternité. La prescription implicite à ces exigences, mais qu'il ne faut surtout pas expliciter, serait la suivante : « J'exige que tu fasses ceci, que tu aurais en fait plaisir à faire, mais que tu ne peux pas te permettre de faire pour des raisons internes à toi et que tu ne connais pas consciemment ».

Compte tenu de ce que nous avons dit de l'adolescent en difficulté sur ses deux fronts interne et externe, il est important que l'adulte soit un auxiliaire venant alléger le poids du front externe. Inversement il risquerait d'aggraver le conflit interne en renvoyant l'adolescent à ses difficultés psychiques. Ce pourrait être le cas par exemple par une interprétation sauvage ou mieux par une attitude d'écoute stricte. C'est en cela qu'une présence plus active de l'adulte nous paraît nécessaire. L'écoute attentive n'est pas synonyme d'inactivité. Bien écouter c'est également comprendre quand il est nécessaire d'agir.

Avoir des exigences et des projets c'est également inciter l'adolescent à les réaliser. Or, ce n'est que par l'acquisition de capacités nouvelles et l'adoption d'un rôle actif que l'adolescent prendra confiance en lui, se réalisera et se sentira autorisé à partager les activités des adultes qui cesseront d'être dominées par le monde des fantasmes et d'être ressenties comme interdites.

Mais ces exigences n'ont un sens que dans un climat de relations positives où la compréhension dans son double sens d'empathie et de connaissance de la situation, domine. Le plus important nous paraît être en effet de savoir surprendre l'adolescent et de lui montrer des perspectives nouvelles là où il se croyait enfermé dans la répétition.

Cet effet de surprise et d'ouverture ne sera possible que si le médecin ou l'éducateur connaît l'ensemble des données de la situation. C'est dire l'importance d'une prise en compte du milieu familial. Ce sera alors la tâche du médecin que de permettre à chacun des membres de la famille de se situer par rapport aux autres, ouvrant la possibilité d'une reprise du dialogue dans la famille et évitant que la communication ne passe plus que par les symptômes de l'adolescent.

C'est aux soignants de savoir prendre en compte le symptôme pour en permettre le dépassement et arriver à recentrer l'intérêt sur la personne même de l'adolescent et non plus seulement sur « ses difficultés » permettant la valorisation et le renforcement de ses capacités et de ses aspects positifs et gratifiants.

La tâche essentielle des adultes est de permettre que l'adolescence reste ce qu'elle doit être, c'est-à-dire un moment dynamique, un véritable organisateur de la personnalité au sens où l'entendait Spitz. Ils doi-

vent faire en sorte qu'il n'y ait pas d'arrêt du processus se figeant sur des défenses rigides et des conduites d'inhibition et de repli.

Avoir une fonction éducative c'est créer les conditions propres à favoriser l'individuation et le développement des capacités potentielles de la personnalité.

Pour atteindre cet objectif il sera nécessaire de :

- créer les conditions d'un attachement suffisamment sûr;

- permettre que les expériences à tonalité positive prédominent sur celles à tonalité pénible;

- favoriser la tenue de rôles actifs, l'acceptation des différences et l'existence de limites permettant à chacun de percevoir son « territoire »;

- rendre possible un maniement de l'agressivité, en lui donnant des occasions de s'exprimer mais en la liant à l'affection et aux activités constructives;

- permettre à la culpabilité de s'organiser grâce à l'intériorisation d'interdits, liés à des personnages aimés et admirés, et grâce à l'accession à des possibilités de réparation.

Le point commun à l'ensemble de ces conditions c'est :

- **la nécessité vitale de liens relationnels**

A ce propos insistons à nouveau sur :

- l'importance des premières interactions entre l'enfant et son environnement;

- leur intériorisation sous la forme de relations d'objets et de représentations de désir;

- la nécessité, par la suite, pour créer de nouveaux liens relationnels, qu'ils correspondent par certains points au moins à ces premières relations intériorisées, condition de leur investissement.

L'absence de liens objectaux ou leur rupture provoquent un repli du sujet sur lui-même et l'apparition de manifestations destructives :

- troubles psycho-somatiques;
- phénomènes de carence tel que l'hospitalisme;
- perturbations des fonctions physiologiques, anorexie;
- nanisme de frustration, insomnie précoce du nourrisson;
- conduites auto-érotiques et auto-mutilatrices que nous rapprochons car dans ce cas les conduites auto-érotiques par leur intensité ont un effet désorganisateur, susceptible d'aboutir à des lésions ou à une perturbation des fonctions naturelles.

Les soignants ont une occasion privilégiée de relation :
- par ce qu'on attend d'eux;
- par la réceptivité particulière que confère aux malades leur plus grande vulnérabilité.

Ils seront donc particulièrement bien placés pour :
- exercer une action préventive, notamment en aidant les parents dans leurs fonctions;
- rétablir des relations menacées grâce aux investissements dont ils seront l'objet de la part de leurs patients.

C'est ce que nous nous proposons d'étudier dans la deuxième partie.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIE ET MÉDECINE MÉDECIN ET MALADE

7

LE MALADE ET SA MALADIE

OBJECTIFS

. *Comprendre comment la maladie prend sens dans l'histoire d'un sujet provoquant des effets de rupture dans la continuité de sa vie et peut elle-même être la réponse de l'organisme à une situation vécue comme traumatique.*

. *Comprendre pourquoi la biographie est indispensable pour connaître et soigner un malade.*

. *Connaître les principales approches de la notion de santé et de normalité.*

. *Comprendre comment la conception de la santé dont sont porteurs un individu ou une société influence la nature de leur demande médicale.*

. *Comprendre comment la conception de la santé est liée aux idéaux de l'individu et sert de support à son sentiment d'intégrité narcissique.*

. *Comprendre pourquoi l'angoisse et les conflits psychiques pourront s'exprimer par un sentiment d'altération de la santé physique ou se fixer sur un trouble somatique.*

. *Connaître la nature des effets psychologiques de la maladie.*

. *Connaître les principales réactions du malade à ces effets et l'influence du médecin sur ces réactions et leurs conséquences.*

. *Connaître ce qu'on entend par bénéfices primaires et bénéfices secondaires de la maladie.*

. *Comprendre l'importance du rôle de l'entourage et surtout de la famille sur les réactions à la maladie.*

Chaque être humain est intimement concerné par la maladie, que ce soit comme menace potentielle, comme réalité à vivre pour soi ou comme souffrance d'un être cher. *La maladie prend nécessairement sens dans l'histoire d'un sujet :*

– que ce sens découle des bouleversements et des *effets de rupture dans la continuité de la vie* introduits par l'irruption de la maladie;

– ou que le déclenchement de la maladie signifie *la réponse d'une personnalité* à l'impact d'une situation vécue comme traumatique et aux bouleversements ou désorganisations de son équilibre qui ont suivi.

Cette relation intime du malade avec la maladie, qui peut se traduire par ce que nous avons appelé la *« complicité » du malade avec sa maladie,* s'exprimera et s'organisera en fonction de la personnalité du malade et des représentations de la maladie qu'il se sera forgé sous l'influence, notamment, de la culture à laquelle il appartient.

I. – LES REPRÉSENTATIONS CULTURELLES DE LA MALADIE ET DE LA SANTÉ

Il nous semble doublement nécessaire d'en dire quelques mots car toute culture a une certaine représentation de la maladie et donc du normal et du pathologique; et, d'autre part, nous sommes probablement à un moment où, du fait de l'efficacité de nos moyens techniques, les effets de cette représentation a priori de la maladie et de la santé ont le plus de conséquences. L'ampleur même de ces conséquences va probablement nous obliger à une réflexion collective qui peut changer la nature de cette représentation.

1. – FIGURES SOCIALES ET CULTURELLES DE LA MALADIE

Chaque société s'est donnée une représentation de la maladie. Nous ne les passerons pas en revue. Retenons qu'on peut les séparer en deux grands courants :

■ Le premier se réfère à une ***conception ontologique de la maladie,*** c'est-à-dire lui *conférant une existence autonome.* Elle existe indépendamment de l'organisme qui la supporte et qu'elle vient attaquer de l'extérieur. G. Canguilhem citant Sigerist (G. Canguilhem – *Le normal et le pathologique* – P.U.F. 1966) fait remarquer que cette conception résulterait d'une condensation opérée par la médecine égyptienne entre l'idée de la maladie-possession et l'expérience orientale des affections

parasitaires. La découverte des microbes par Pasteur devait contribuer à renforcer cette vue en lui donnant son cachet scientifique.

Les conceptions religieuses de la maladie, comme sortilège, envoûtement ou possession, participent de la même façon de voir; la conception chrétienne de la maladie-châtiment également, mais d'une façon peut-être plus ambiguë, dans la mesure où le sujet pécheur prend sa part de responsabilités dans ce qui lui arrive.

■ Le deuxième courant considère ***la maladie comme une réaction, de l'organisme et de l'individu dans leur totalité, à une perturbation de leur équilibre.*** C'est Hippocrate et son école, dans l'Antiquité Grecque, qui ont illustré le mieux cette conception. Pour eux, la nature est équilibre et harmonie. Cet équilibre résulte d'un jeu dynamique de fluides à l'intérieur de l'organisme. La maladie reflète la rupture de cet équilibre et traduit déjà un effort de guérison de l'organisme à la recherche d'un nouvel équilibre. La maladie ne peut pas être localisée, elle concerne l'homme dans son entier. Ici, les facteurs externes ne sont que des occasions pour le déséquilibre interne de se manifester, elles ne sauraient être les causes. La maladie y est tout à la fois expression du tempérament, ou, d'une façon plus moderne, de la personnalité, et déjà *effort d'« adaptation »*. Elle n'est plus obligatoirement l'ennemi à abattre mais demande une alliance thérapeutique ou, au moins, une compréhension du rôle qu'elle joue dans le nouvel équilibre.

■ ***Dans la pratique médicale,*** il nous semble plus intéressant de voir les *deux courants comme complémentaires* plutôt que s'excluant mutuellement. Les positions qui en découlent seront de ce fait plus nuancées et plus adaptées à chaque cas.

– **La première conception** est en effet plus optimiste et conduit à des attitudes plus combatives que la seconde. Il faut rejeter hors de l'organisme le microbe, le parasite, représentant du mal, tout comme on repousse hors des frontières l'envahisseur. La thérapeutique est une guerre et trouver un ennemi commun facilite l'alliance entre malade et médecin. Mais la réalité est là pour nuancer cette position manichéenne, commode, parfois utile, mais dangereuse si elle demeure seule en lice, car les plaisirs du défoulement de la guerre une fois passés, le mal, la source conflictuelle et de tension, demeureront ignorés, tapis au cœur du sujet.

– **La deuxième conception** se montre plus exigeante sur ce plan-là. Le mal est en nous, mais nous avons aussi la possibilité « naturelle » de rétablir notre équilibre. Il faut pour cela connaître ce qui nous « agite » et le jeu des forces à l'œuvre en nous. L'individu est impliqué dans son trouble comme dans sa guérison. L'accent mis récemment sur

l'importance en pathologie des facteurs liés à l'environnement, sur le rôle du moral et de l'affectivité, ou, sur un plan biologique, sur la possibilité pour l'organisme de retourner contre lui ses facteurs naturels de défense, a donné de la consistance à cette conception. On ne peut plus la rejeter comme relevant du mythe et d'une position non scientifique. Ses incidences pratiques sont trop importantes. Ce n'est pas une raison pour ignorer les risques qu'elle comporte. Il est certain qu'elle peut favoriser un flou théorique, porte ouverte à la projection de toutes les convictions idéologiques.

Elle peut également conduire à des positions concrètes, en apparence contraires, mais en fait similaires : le sentiment de la toute puissance de la psyché (celui qui le veut n'est pas malade) avec négation du poids des contraintes génétiques, biochimiques, physiologiques; ou, au contraire, un sentiment de fatalité et de laisser-faire. Dans les deux cas, nous pensons que ces attitudes renvoient à une position psychologique commune : le refus de la relativité et de la limite de notre pouvoir, reflétant l'absence de deuil de l'illusion infantile de la réalisation possible de tous nos désirs. Optimisme irréaliste et pessimisme de principe, prévenant toute déception possible, sont alors les deux attitudes réactionnelles possibles à une position inconsciente commune. Le corollaire en est le refus du risque et de l'affrontement difficile et conflictuel d'une réalité qui nous échappe en partie sans que, pour autant, nous soyons sans action possible sur elle.

2. – QU'EST-CE QUE LA SANTÉ? LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE

Nous envisageons la notion de santé après celle de maladie car il nous semble que c'est bien dans cet ordre que les sociétés ont eu à s'interroger. *C'est la maladie par ses effets perturbateurs qui nous oblige à nous poser, a posteriori, la question de la santé.* Seule, sans la maladie pour la faire ressortir par contraste, la santé irait de soi et ne poserait pas question. C'est d'ailleurs par son silence que R. Leriche la définit quand il en donne la définition devenue célèbre. *« la santé c'est la vie dans le silence des organes ».*

La santé ne fait pas parler d'elle certes, mais peut-on pour autant la confondre avec le silence des organes? Nous ne le pensons pas, du moins complètement, car un organe peut être malade sans être bruyant et inversement les plaintes de l'hypocondrie ou les troubles fonctionnels font beaucoup de bruit sans que l'organe soit la cause de ce bruit.

C'est poser là le *problème de la prévention et celui des frontières du normal et du pathologique.* Ce dernier problème s'est longtemps confondu avec celui du lésionnel et du fonctionnel, c'est-à-dire de l'organique et du psychique. Nous avons vu au chapitre introductif

comment a évolué le problème : il n'est pas possible de réduire le pathologique au seul lésionnel. *La médecine doit prendre en compte l'homme global en situation dans son milieu.* Mais nous avons également souligné les risques d'une médicalisation abusive de toute situation de tension et de malaise. Le problème des critères du normal et du pathologique se pose avec d'autant plus d'acuité.

■ ***La normalité peut s'entendre en termes de moyenne ou de norme.*** Mais il faut remarquer le peu de valeur dynamique de la moyenne qui souligne les écarts sans en éclairer la raison. Si elle peut avoir un intérêt pratique comme repérage des grandes constantes physiologiques, elle oblige à une quantification des données qui réduit, et à la limite fait disparaître, l'individualité du phénomène étudié. Cl. Bernard, lui-même, observe que la recherche des valeurs biologiques moyennes est, à la limite, dépourvue de sens, car elle aboutit à une valeur purement théorique qui dans les faits n'existe pas. A la moyenne arithmétique ou de fréquence statistique, il préfère la recherche d'un type idéal dans des conditions expérimentales déterminées. Quant à la quantification des données, nécessaire à toute moyenne, elle suscite également des critiques. G. Canguilhem fait ainsi observer : « une cause peut varier quantitativement et de façon continue et provoque cependant des effets qualitativement différents. Pour prendre un exemple simple, une excitation quantitativement accrue peut déterminer un état agréable bientôt suivi de douleur, deux sentiments que nul ne voudra confondre. » Il continue en soulignant qu'on mêle constamment le point de vue du malade qui éprouve sa maladie et celui du savant pour qui il doit exister un continuum mesurable avec l'état physiologique et sa perturbation.

■ ***La normalité implique la notion de norme, c'est-à-dire de valeur.*** En effet, dit encore G. Canguilhem : « le médecin a tendance à oublier que ce sont les malades qui appellent le médecin » et que c'est d'abord « parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine ». On ne peut donc éviter de considérer le point de vue personnel des malades et donc des individus composant une société donnée, dans la définition de la santé sur laquelle vivra cette société.

> La santé pour un individu donné, sera donc avant tout liée aux idées, a priori, qu'il s'en fait. Idées qui seront elles-mêmes fonction de ses influences culturelles, de la représentation qu'il se fait de son corps et de son fonctionnement, c'est-à-dire en fin de compte de l'image idéale qu'il a de lui-même. La santé fait donc partie de ses idéaux, de son système de valeur, qui ne s'accordent pas nécessairement avec ceux de son médecin et de la science officielle.

Nous avons vu au chapitre 2, 1re partie, que *la vie était placée dès la naissance sous le signe des valeurs :* le bon, ce qui apporte détente et satisfaction, que l'on incorpore, et le mauvais, source de tension que l'on expulse au-dehors. La vie est créatrice de normes, les meilleures seront celles qui favoriseront l'épanouissement de l'individu ou de la société et il y a déjà là matière à conflit. Car créer des normes, c'est choisir, éliminer et donc susciter des conflits. *La santé apparaît ainsi comme relevant tout autant du système de valeurs que se donne un individu ou une société donnée, que d'une normalité biologique.*

Les progrès de la médecine sont actuellement beaucoup plus liés à des valeurs de mieux être et de mieux vivre qu'à des considérations purement biologiques, donnant ainsi raison à G. Canguilhem, comme le fait remarquer D. Widlocher : lutte contre le vieillissement, contraception, chirurgie esthétique, thérapeutiques dites de confort, problème de l'« acharnement thérapeutique ». *Toute la prévention* et plus particulièrement la prévention précoce des perturbations de la relation mère-enfant, dont nous avons souligné l'importance pour la santé future, physique et psychique, de l'enfant, *engage un choix de valeurs.* Nous retrouvons également le problème des choix économiques et sociaux, évoqués au chapitre introductif, qui conditionneront de plus en plus la recherche et les soins, et qui ne peuvent dépendre que des valeurs accordées à la santé posant la question de savoir quelle santé? et quelles formes seront jugées prioritaires?

Inversement dira R. Leriche : « la maladie c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie et dans leurs occupations, mais surtout ce qui les fait souffrir ». Définition très extensive et se situant préférentiellement du côté du malade, laissant une large part à sa subjectivité et à ce que lui jugera souffrance. Mais elle n'exclue pas que le médecin ait également son opinion sur ce qui constitue une gêne à l'exercice de la vie et la fasse passer dans sa pratique médicale. Nous y reviendrons au chapitre suivant.

■ ***Si la santé est une valeur subjective, les conflits personnels se reflèteront à son niveau.***

Nous avons vu (1re partie chap. 2) combien le système de valeurs de chacun, ses idéaux et l'image qu'il se fait de lui-même, étaient fonction de l'histoire individuelle, infantile en particulier, et du poids des idéaux de l'entourage. C'est toute cette subjectivité qui se reflétera dans la conception de la maladie que se fait chaque individu et dans sa façon de s'exprimer au travers d'elle et de la vivre. Nous comprenons mieux combien la maladie est susceptible d'exprimer les conflits des patients et d'altérer leur narcissisme. *La santé est porteuse de l'intégrité de la personne.* Les inquiétudes sur celle-ci se traduiront souvent préférentiellement par des inquiétudes sur la santé. C'est le sens de cette boutade

de Knock : « la santé est un état précaire qui ne laisse présager rien de bon ». Elle nous semble traduire cette vérité que *les angoisses, et notamment l'angoisse de castration se fixeront volontiers sur tout ce qui touche le corps et la santé physique.* On connaît le poids, encore très actif, du dicton populaire qui dit qu'il ne faut jamais se vanter de sa santé ni répondre qu'elle est bonne car c'est risquer provoquer la colère et la punition divine.

Nous avons déjà maintes fois souligné l'*impact des mots employés par le médecin* et tout particulièrement dans les situations de plus grande vulnérabilité physique et psychique des patients, au cours desquelles ceux-ci délèguent souvent aux soignants leur toute puissance narcissique en défaut et le pouvoir de les réparer. La résonance des mots, ou de leur absence, sera alors fonction des constructions psychiques du patient, et non pas de leur sens commun, objectif et technique.

> Le médecin doit savoir qu'il participe, qu'il le souhaite ou non, à la création du monde des valeurs du patient, qui attend de lui qu'il donne sens à son malaise. Une conception ouverte et dynamique de la santé et de la médecine devra susciter les modifications susceptibles d'aller dans le sens des forces de la vie et d'apporter un plus grand épanouissement et une meilleure adaptation de l'homme. Elle impliquera donc souvent un changement plus qu'un retour statique à l'état antérieur prémorbide.

■ ***La notion de guérison*** est étroitement liée à celle de santé. Facile à concevoir en cas de maladie aiguë, où elle se confond avec un retour pur et simple à l'état antérieur, on comprend, à la lumière de ce que nous venons de dire, qu'elle soit plus complexe à définir dans les cas de troubles chroniques, invalidants, ou susceptibles de se répéter comme pour les maladies psychosomatiques. Tout comme la notion de santé, celle de guérison demandera à être relativisée. *Elle apparaîtra alors davantage comme une construction active que comme un état statique.* Le malade devra *apprendre à vivre avec sa « fragilité »,* au moins potentielle, et à utiliser au mieux l'ensemble de ses capacités défensives, physiques, psychologiques, auxquelles les médicaments constituent un appoint précieux, voire indispensable. Ceci suppose un réaménagement profond de l'image que le malade avait de lui-même et le deuil d'un certain « idéal narcissique » pour en adopter un nouveau plus adapté à la situation. C'est là une illustration de la nécessaire création de nouvelles normes que nous avons évoqué au sujet de la santé.

> *Le médecin a un rôle déterminant à jouer dans cet apprentissage.* C'est grâce à lui que le malade apprendra à mieux se connaître et donc à percevoir les situations susceptibles d'avoir une répercussion organi-

que sur lui; à apprendre à parler de ses émotions et à utiliser son appareil psychique comme un instrument de protection et de traitement des informations et des stimulations venant de l'extérieur, comme de l'intérieur; à modifier éventuellement ses conditions de vie et son milieu de façon à pouvoir les adapter à sa nouvelle situation.

Il s'agit nécessairement d'un processus long, évoluant parallèlement à la marche de l'ensemble du traitement. Il nous semble qu'il demande avant tout une disposition d'esprit, une ouverture de la part du médecin qui, pour le pratiquer, devra en percevoir préalablement l'intérêt et l'objectif. Les mesures plus techniques s'acquerront progressivement avec l'expérience et les interrogations et recherches qu'elle suscitera. Dans ce contexte, les différents passages aigus jalonnant un trouble chronique ou susceptible de se répéter, gagneront, par exemple, à être envisagés comme des *moments de crises plutôt que comme des rechutes*. Celles-ci par ce qu'elles sous-entendent d'échec, de retour à l'état antérieur, ont un effet démoralisant et démobilisateur. La crise implique certes l'idée d'une situation difficile, « critique », mais aussi dynamique, comportant toujours une part de nouveauté et riche de potentialités évolutives, voire mutatives. C'est encourager patient et médecin à en rechercher les conditions de survenue et à lui trouver une issue la plus favorable possible.

II. – LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES DE LA MALADIE

1. – LA SITUATION DE MALADE ET SES IMPLICATIONS

■ ***Être malade*** signifie peu ou prou :

– **Être en situation de faiblesse.** La maladie est presque toujours souffrance, atteinte corporelle et limitation des possibilités physiques quand ce n'est pas invalidité. Nous avons vu que la définition de la maladie comportait inéluctablement une atteinte de l'intégrité du sujet et une gêne à l'exercice normal de sa vie. Elle ne peut initialement et consciemment qu'être ressentie comme un manque, un défaut, une diminution.

– **Être en situation de dépendance.** C'est le corollaire de la situation de faiblesse. Dépendance à l'égard de ceux censés avoir le pouvoir de

réparer le manque (cf. chapitre 3), dépendance à l'égard de l'entourage, physiquement et moralement.

La douleur, symptôme type de l'état de maladie, reflète bien cette situation de faiblesse et de dépendance. Il est vain de vouloir séparer la douleur physique de la souffrance morale, tant les deux composantes sont intimement associées en cas d'atteinte physique. La douleur est avant tout un phénomène subjectif et on ne peut la dissocier de sa perception par celui qui souffre. Nous nous contenterons de citer R. Leriche qui en a fait une étude devenue classique : « La douleur physique n'est pas un simple fait d'influx nerveux courant à une allure déterminée dans un nerf. Elle est la résultante du conflit d'un excitant et de l'individu entier ». C'est là le prototype de toute situation de maladie ou d'accident.

2. – LES CONSÉQUENCES PSYCHIQUES POUR LE MALADE

Ce sont :

■ ***La régression.*** Il s'agit là d'un mécanisme inévitable, universel, que tout médecin doit connaître et comprendre dans ses diverses implications.

Toute blessure, toute maladie, entraînent une *réaction de protection.* C'est une réaction naturelle à tout organisme que de se replier sur lui-même en cas d'agression et de souffrance. La composante psychologique est évidemment primordiale chez l'homme. Nous avons envisagé ses diverses significations dans la théorie freudienne de l'appareil psychique (1re partie, chapitre 3).

– Elle se caractérise chez l'homme, au-delà du retrait sur soi, par **l'émergence d'un comportement infantile** avec :

- *réduction des intérêts :* le malade ne vivant que dans le présent et l'avenir proche, ne supportant pas l'attente;
- *égocentrisme :* le malade n'envisageant plus le monde que par rapport à lui, n'imaginant pas que les autres puissent aussi être malades ou fatigués, ne supportant pas la frustration;
- *dépendance de l'entourage* pour la nourriture, la boisson, les soins corporels, accompagnée d'une hypersensibilité aux réactions de cet entourage, le malade se comportant comme un enfant cherchant une bonne mère; retour à des satisfactions archaïques : sommeil ou recherche de satisfactions orales pouvant favoriser l'alcoolisme ou le recours aux médicaments;
- *mode de pensée magique,* illogique, avec croyance en la toute puissance du médecin, des médicaments, ou de la maladie.

– Le mot de régression a souvent une **connotation péjorative :** il évo-

que le retour à l'état infantile et le laisser-aller du vieillard sénile. En fait la régression est, en règle générale, *très utile et même nécessaire.* Régresser c'est en effet :

– quitter ses soucis et les exigences habituelles et recentrer ses forces sur soi-même. Elles seront utiles pour lutter contre la maladie et protéger le malade rendu vulnérable;

– accepter aide et soutien de la part de l'entourage, s'en remettre plus ou moins à lui pour la conduite du traitement et ne pas s'opposer à sa bonne marche par des initiatives intempestives et un activisme gênant.

Le refus de régresser reflète souvent la peur de régresser, traduisant la crainte d'une passivité excessive ou le rapprocher avec des images maternelles intériorisées, engloutissantes et dangereuses. L'absence de régression peut, dans ces cas, avoir de graves conséquences. En refusant d'être porté par l'entourage, et ainsi soulagé de ses tensions excessives, le malade se condamne à une suradaptation très coûteuse pour sa santé. Comme un objet, sur lequel on tirerait trop, peut casser brusquement plutôt que plier, le malade peut brutalement passer à un niveau de désorganisation accru. L'appareil psychique et les états psychologiques accompagnant la régression ne peuvent jouer leur rôle de tampon protecteur. C'est à un niveau somatique plus profond et plus grave que se fait la réponse. Bien des malades psychosomatiques réagissent ainsi.

– **La régression peut avoir des effets négatifs.** Elle peut dépasser son but et enfermer le malade dans une conduite qui s'auto-entretient. C'est notamment le cas chez les personnalités névrotiques qui peuvent trouver là une occasion d'exprimer leur revendication affective. Ce sera une des tâches du médecin que de trouver d'autres voies d'expression à ces besoins affectifs, notamment par une conduite active à l'égard de son patient et en sachant lui témoigner son intérêt et l'associer à la démarche thérapeutique.

Le danger le plus grand serait, en effet, d'abandonner le patient à sa conduite régressive, en refusant toute réponse à ce niveau, sous prétexte de lui en supprimer les bénéfices. C'est souvent le meilleur moyen d'accentuer la régression, le manque d'intérêt qu'il suscite, obligeant le patient à se replier davantage sur lui-même et à recourir à des conduites auto-érotiques : surinvestissement de certaines zones du corps, gestes stéréotypés et balancements chez l'enfant (cf. par exemple l'hospitalisme – 1re partie, chap. 2).

■ ***La dépression.*** – Elle est pratiquement inévitable, du moins à minima. C'est surtout sa *composante narcissique* qui se manifeste. La maladie représente toujours une atteinte de l'image idéale de soi et une

preuve de faillibilité. C'est une chose que de se savoir faillible, cela en est une autre que de le constater dans sa chair. Le malade perd brusquement son illusion de toute puissance ou du moins d'invulnérabilité. Situation dont nous avons déjà dit qu'elle était susceptible de réveiller les angoisses infantiles et particulièrement l'angoisse de castration, pour laquelle le corps est au premier plan.

Les signes cliniques de la dépression peuvent se confondre avec ceux de la régression qu'ils sont susceptibles d'accompagner. Mais ils y ajoutent une tonalité particulière faite d'un vécu psychique de dévalorisation, d'incomplètude, un sentiment de fatalité avec abandon de tout projet et de tout souhait et une absence de révolte avec une résignation de mauvais aloi.

Trop importante, la dépression nécessite un traitement spécifique. Mais *elle est souvent masquée* par des attitudes réactionnelles du malade. Elle peut également se cacher derrière des plaintes exagérées et sans fin dont nous avons souvent souligné la valeur d'appel. La régression, si elle est bien acceptée, par le malade et l'entourage, protège de la dépression. Le malade s'en remet aux autres du soin de réparer son narcissisme défaillant, comme un enfant attend de ses parents qu'ils supléent sa relative faiblesse.

3. – LES RÉACTIONS DU MALADE

Nous allons rapidement passer en revue les *principales attitudes réactionnelles ou de défense que tout malade est susceptible d'adopter face au traumatisme de la maladie* et à ses répercussions psychologiques.

■ ***L'adaptation :*** elle est évidemment la réaction que le soignant souhaite et attend du patient. Nous entendons par adaptation, non pas une acceptation passive et une soumission à la maladie, mais une attitude souple et équilibrée du malade qui lui permet de changer son mode de fonctionnement habituel sans pour autant se désorganiser.

Elle suppose que la réaction dépressive provoquée par la maladie aura pu être élaborée et maîtrisée par le patient et qu'il a trouvé un niveau de régression acceptable par tous : suffisant pour accepter la dépendance nécessaire, mais assez contrôlé pour ne pas s'y abandonner et y satisfaire des besoins pour lesquels il n'aurait pas trouvé d'issue plus satisfaisante.

L'appréciation de la qualité de l'adaptation doit se fonder sur la personnalité du malade, son système de valeurs et ses modalités habituelles de fonctionnement et non pas sur les seuls critères du soignant.

C'est ainsi qu'il peut y avoir « bonne adaptation » du malade à sa maladie, compte tenu de sa personnalité, et conjointement :

– *Une grande dépendance* envers le médecin, vécu comme une bonne mère, dont on attend des attentions et des gratifications, jugées peut-être excessives par le médecin, mais nécessaires au malade et compréhensibles au regard de son histoire.

– *Une attitude agressive et revendicante* témoignant de la difficulté du patient à accepter sa dépendance et à manifester ses émotions. Ce peut être cependant le seul moyen pour le patient de sauver la face et d'accepter les soins.

Les malades « râleurs » critiquant les soins, se plaignant d'effets secondaires des médicaments et cherchant à maîtriser ce traitement, sont parfois, paradoxalement, ceux qui ont le plus de chances de guérison. Leurs réactions peuvent refléter en effet une meilleure capacité de défense. C'est notamment la conclusion de certaines études menées chez des insuffisants rénaux en hémodyalyse, et chez des malades psychiatriques sous chimiothérapie.

Les soignants devront comprendre le sens de ces attitudes, apprécier leur valeur d'adaptation, afin de ne pas briser par une réaction inappropriée, l'équilibre toujours plus ou moins fragile de leur malade. Des réactions émotionnelles pathogènes pourraient s'en suivre et entraîner ce malade dans des conduites inadaptées, dispendieuses d'énergie et parfois dangereuses.

■ ***Le déni de la maladie :*** à l'inverse certains malades refusent la maladie; rarement de façon ouverte, mais le plus souvent par un déni inconscient, parfois camouflé sous une pseudo-rationnalisation, qui se traduit par exemple par un refus de se plier aux exigences du traitement, par la persistance des habitudes nocives, d'une activité excessive. On peut parfois voir ce mécanisme à l'œuvre dans les états terminaux de maladies mortelles.

Le déni peut avoir de graves conséquences par le refus de soins qu'il entraîne et la méconnaissance totale du danger, quels que puissent être les dires du médecin. *Il témoigne souvent d'une grande fragilité psychique,* le sujet se protégeant d'un risque d'effondrement par le recours à ce mécanisme de défense archaïque. Plutôt qu'un affrontement brutal qui, généralement, renforce le malade dans ses positions, le médecin devra essayer de gagner la confiance de son patient. Si le médecin comprend que derrière ce déni, *c'est la peur qui l'emporte,* il comprendra également que *c'est en rassurant son patient par la qualité de leur relation, qu'il aura le plus de chance de vaincre ce déni.* Victoire qu'il conviendra de prendre avec tact et modération si l'on veut éviter les risques d'une *réaction catastrophique,* par suicide notamment. C'est un problème fréquemment rencontré dans l'alcoolisme, où, du fait des mesures préventives nécessaires, il entraîne souvent des conséquences dramatiques.

■ ***La réaction persécutive.*** Elle est souvent la conséquence du déni. Pour éviter la dépression, voire une réaction catastrophique telle que nous venons de l'envisager, le malade rejette sur l'extérieur la cause de ses malheurs : on lui veut du mal, on l'a mal soigné, voire ce sont les soins qui sont responsables de ses troubles. Cela peut aller jusqu'au tableau clinique du *« revendicateur-processif »* qui cherche à obtenir réparation du *« préjudice »*, de l'atteinte narcissique, qui ne peuvent provenir que de l'extérieur. Ces patients peuvent parfois être dangereux, surtout quand le corps a directement été touché, comme c'est le cas en chirurgie.

■ ***L'isolation*** se traduit par l'absence apparente d'affects, d'émotions, accompagnant la prise de conscience de la maladie. Le malade parle volontiers de sa maladie en termes scientifiques, se documente abondamment à son sujet et paraît très bien, trop bien, prendre le fait. Derrière cet écran, les affects, simplement réprimés, sont laissés à eux-mêmes et peuvent avoir des effets néfastes et ce d'autant plus qu'ils ne peuvent pas être liés à des mots et être rendus ainsi communicables et plus maîtrisables. De même qu'une excessive suradaptation à la réalité prédispose aux troubles psychosomatiques (1re partie, chapitre 5), une trop bonne adaptation à la maladie peut contribuer à l'aggraver secondairement.

III. – COMMENT COMPRENDRE CES ATTITUDES PSYCHOLOGIQUES DU MALADE FACE A SA MALADIE

Pour tout malade, la maladie qui l'atteint, devient *SA* maladie, c'est-à-dire qu'il la vivra et réagira avec toute sa personnalité. C'est ce que nous avons appelé « la complicité » du malade avec sa maladie. Elle peut jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie, c'est-à-dire dans sa pathogénie, comme elle peut ne s'exercer essentiellement que dans un second temps une fois la maladie installée.

Une notion nous aidera à comprendre ce point capital de l'articulation d'une maladie, ou d'un accident, dans la vie d'un sujet : les « bénéfices » de la maladie. Ils sont de deux ordres :

1. – LES BÉNÉFICES SECONDAIRES

Nous commencerons par eux car ce sont les plus évidents, les plus faciles à comprendre et ils sont reconnus par tout le monde. Ils résultent des conséquences de la maladie sans intervenir directement dans sa génèse. Par contre ils peuvent favoriser l'installation dans la maladie et devenir un facteur de pérennisation.

■ ***Les uns sont franchement conscients*** et connus du malade lui-même. Nous serons brefs en raison de leur évidence : de l'enfant dont le mal à la tête survient providentiellement le jour de la composition, à l'adulte qui se réjouit de l'arrêt de travail que lui occasionne sa gastrite, les exemples foisonnent.

Il faut toutefois bien savoir que le bénéfice secondaire conscient qui peut apparaître comme motivation, ou cause de la prolongation de certaines maladies, fonctionne en général comme un écran qui masque des bénéfices, ou des besoins, beaucoup plus profonds.

Ces bénéfices secondaires conscients sont la compensation sociale de la maladie. Ils sont institutionnalisés, admis, à condition toutefois que le malade adopte son statut de malade.

■ ***Les autres sont inconscients :***

– *se soustraire aux relations frustrantes* qui mettent le malade en face d'exigences excessives (difficultés alimentaires de l'enfant, urétrite des impuissants...);

– *permettre l'introversion* en se retirant de l'entourage et en se concentrant sur ses sensations, ses émotions, qui prennent une importance inaccoutumée;

– *fuir dans l'imaginaire* et dans la pensée magique : l'adulte normal doit rester dans le monde logique et rationnel. Le malade est autorisé à rêver, à imaginer et avoir quelque chose de la perception du monde de l'enfant;

– *être reconnu comme malade,* par le médecin, ses proches ou l'entourage, jouir d'un statut particulier, devenir important et protégé.

Toutes ces satisfactions sont en partie dues à la régression que nous avons déjà détaillée. Mais il ne faut pas oublier ce qui lui est intimement lié, ce qui est sûrement un des avantages principaux de la maladie et ce qui fait que l'on cherche parfois à la prolonger :

– *la dépendance, la passivité, le maternage.*

Lorsque ces divers bénéfices sont plus importants dans l'économie du malade que ceux qu'il trouve dans son fonctionnement de sujet sain,

on voit se constituer une *« névrose de compensation » :* le sujet ne pouvant plus être que sujet malade. Très proche en est la *« sinistrose »* fixation névrotique au handicap, réel ou factice, causé par un accident. Il serait très incomplet d'imaginer que le patient recherche uniquement une compensation matérielle (bénéfice secondaire conscient), il lui faut également la compensation morale que lui procure son état de « sinistré ».

2. – LES BÉNÉFICES PRIMAIRES

Ils jouent un rôle dans le déclenchement de la maladie même ou de l'accident, comme cause à part entière ou facteur favorisant. Leur prise en considération suppose déjà une théorie de la personnalité, du fonctionnement mental et des liens entre psyché et soma, que nous avons envisagée à propos des troubles psychosomatiques. Leur mise en évidence ne peut se faire directement mais se déduit d'enquêtes du type de celle d'Otto, citée au chapitre introductif, ou dérive des méthodes d'études propres à la psychosomatique.

Le terme de « bénéfice » est criticable dans la mesure où il laisse entendre que le malade tirerait avantage de sa maladie. Il est, dans ce sens, plus approprié aux bénéfices secondaires. Dans le cas des bénéfices primaires, il faut l'entendre comme *apportant une issue, une certaine solution à une situation de tension interne insupportable.* Cela ne veut donc pas dire que l'issue offerte soit la bonne, qu'elle ne comporte pas de risque, ni qu'il n'en existe pas de meilleures

> Mais cela signifie qu'un sujet donné, dans une situation donnée, compte tenu de l'ensemble de ses déterminants génétiques, biologiques, psychologiques, n'a pu élaborer une meilleure réponse. La maladie est alors la recherche souvent malencontreuse d'un nouvel équilibre, dans un sens semblable à celui entendu par la médecine hippocratique.

3. – LES DIFFÉRENTS NIVEAUX DE COMPRÉHENSION DE LA MALADIE

Recherche d'un nouvel équilibre, symptôme ayant valeur de compromis, réponse somatique à une situation traumatique, si la maladie peut avoir ces fonctions, c'est qu'elle peut jouer le rôle d'une réaction de défense de l'organisme en difficulté.

Réaction dangereuse qui par son propre pouvoir pathogène peut contribuer à désorganiser davantage le malade. *Elle nécessite donc un traitement spécifique mais qui tienne compte du terrain sur lequel elle survient et du rôle qu'elle peut jouer.* Et ce à un double titre :

– *afin de mieux traiter le malade en considérant tous les facteurs qui ont pu avoir un rôle pathogène;*

– *afin également d'apprécier la portée exacte de la maladie dans la vie et l'histoire du malade,* ainsi que sa valeur dans l'économie psychique et relationnelle de celui-ci.

Nous n'insisterons pas sur les *différents niveaux d'expression et d'organisation que traduit, dans ces cas-là, la maladie.* Nous en avons parlé avec la psychosomatique et nous y reviendrons dans la dernière partie de ce chapitre. Disons schématiquement que les niveaux s'étendent d'une expression symbolique d'un conflit, du type de celle rencontrée dans l'hystérie, à celui de la maladie traduisant une désorganisation importante de l'appareil psychique, les tensions ne trouvant plus à s'exprimer que par une décharge massive dans le corps, comme dans les maladies psychosomatiques graves.

Les formes intermédiaires sont naturellement multiples. La maladie y joue alors le *rôle d'un symptôme,* c'est-à-dire d'une *formation de compromis,* exprimant la satisfaction de certains désirs tout en en punissant le sujet. Bénéfices primaires et secondaires sont difficiles à départager et si ces facteurs psychiques ne jouent pas forcément un rôle déterminant dans le déclenchement des troubles, ils constituent un facteur favorisant et aggravant. Nous avons souvent souligné combien la maladie et l'accident, par la menace corporelle qu'ils font en permanence peser sur nous, servaient volontiers de moyens d'expression à l'angoisse de castration. Toute situation susceptible de raviver celle-ci, par exemple une réussite vécue dans un climat de forte rivalité, la satisfaction de désirs amoureux à forte connotation œdipienne, pourra favoriser son expression et en même temps son exorcisme, par une atteinte corporelle. La maladie ou l'accident expriment la culpabilité du patient qu'ils contribuent ainsi à apaiser. Ils évitent d'éprouver une angoisse psychique plus difficilement contrôlable et source d'une tension que ce sujet-là à ce moment de sa vie, ne peut arriver à supporter et à élaborer.

4. – RÔLE DU MÉDECIN

Soulignons encore une fois le *rôle apaisant et réorganisateur possible du médecin.* Par son action et ses attitudes, il peut en effet soulager le malade de sa tension, calmer ses appréhensions et lui permettre de se réorganiser après la mise en repos que constitue la régression et l'abandon aux soins médicaux. Il peut, au contraire, par ses maladresses et son indifférence, laisser le patient augmenter son angoisse et se désorganiser davantage. La qualité de la relation établie est là déterminante.

Disons encore combien les mots utilisés par le médecin peuvent être porteurs de sens et d'une riche résonance affective. *La nomination de la maladie,* l'introduction par là d'une signification dans ce qui frappe le malade, est un *facteur susceptible d'atténuer l'angoisse* et de favoriser une réorganisation psychique. Ce qui est dit et parlé est toujours moins effrayant que le non-dit dont les liens avec le monde fantasmatique et l'imaginaire sont multiples et incontrôlables. Réintroduire un sens par la nomination de la maladie, ou du moins en associant le patient aux démarches entreprises pour la cerner, limite le poids de cet imaginaire et peut éviter qu'à l'occasion de ce qui l'atteint, le malade n'y voit l'expression d'une fatalité, la réalisation d'une menace ancienne et toujours redoutée, liée en fait à ses angoisses infantiles toujours présentes dans son inconscient.

Le médecin adaptera son langage à celui de son patient. Ce n'est pas pour rien que dans ce cas c'est le *corps* qui parle essentiellement. Aussi quelle que soit la compréhension qu'il puisse avoir de la situation psychologique de son patient, le médecin devra considérer que cette voie n'a pas été possible au malade. *Il évitera toute révélation prématurée et toute interprétation sauvage* sur la nature de ses difficultés. C'est dans ce cas qu'il pourra être thérapeutique d'« utiliser » la maladie pour amener le patient à *accepter une certaine régression* et dépendance, et à cette occasion, lui permettre de réaménager l'ensemble de ses liens intrapsychiques et interpersonnels.

IV. – LE MALADE ET SON ENTOURAGE

Nous nous référerons aux développements que nous avons fait dans la première partie (chap. 1), concernant le système familial. Rappelons-nous qu'une famille fonctionne comme un système avec des lois régissant les échanges à l'intérieur de ce système et, qu'en fonction de ces lois, des problèmes et des désirs de chacun des membres, le système familial arrive à trouver un équilibre de fonctionnement que la maladie de l'un des membres va perturber.

Schématiquement, deux figures d'évolution peuvent se présenter :

– *Si le système familial est souple et ouvert,* il s'adaptera, aux prix de quelques modifications, à la nouvelle situation créée par la maladie.

– *S'il est au contraire rigide et fermé,* la nouvelle situation sera perçue comme une menace pour son équilibre et deux types d'issues seront possibles : le rejet du malade ou son utilisation, la maladie devenant alors partie intégrante du système et nécessaire à son maintien.

1. – LE REJET DU MALADE

Le rejet du malade peut être exprimé directement ou par l'intermédiaire de formations réactionnelles telles que sollicitude excessive, surprotection, anxiété exagérée... L'ensemble des gestes et des attitudes à l'égard du malade reflète alors en négatif l'agressivité sous-jacente et la crainte, si celle-ci trouvait la moindre occasion de s'exprimer, qu'elle ne devienne incontrôlable. La découverte d'un *bouc émissaire,* qui peut être le médecin, peut apporter une certaine solution en constituant un compromis acceptable. Il faut bien comprendre qu'une telle attitude *reflète plus souvent la fragilité du système* que la méchanceté intrinsèque de l'entourage. Là encore, s'il y arrive, le médecin sera plus efficace s'il joue un rôle de soutien et de réconfort susceptible d'assouplir la famille en la rassurant, que s'il prend une attitude de condamnation.

2. – L'UTILISATION DU MALADE ET DE SA MALADIE

L'utilisation du malade et de sa maladie par le système familial paraît une réponse plus satisfaisante au premier abord mais n'en est pas moins fort dangereuse par ses conséquences possibles. Le système familial garde sa rigidité initiale et se contente d'englober le trouble nouveau autour duquel il se réorganise. *Ce trouble risque alors de devenir nécessaire au nouvel équilibre et constituer à son tour un facteur pathogène.*

Ce sera volontiers le cas dans les troubles chroniques, provocant des « handicaps » plus ou moins durables.

Les réactions de l'entourage prennent alors une très grande importance. D'elles dépendra en grande partie la façon dont le handicap sera vécu par le malade. Il peut servir de « paratonnerre » cristallisant l'ensemble des inquiétudes de la famille. Culpabilité et agressivité peuvent y trouver à s'exprimer au travers de contre-investissements réparateurs. Un néo-équilibre familial peut ainsi s'instaurer, pouvant entraver les efforts d'amélioration et expliquant certaines attitudes familiales paradoxales : agressivité soudaine envers le malade ou dépression, si une amélioration ou une guérison surviennent. C'est particulièrement fréquent et exemplaire quand le handicap est un trouble mental.

3. – LES INTERRELATIONS DE LA MALADIE ET DE LA SOCIÉTÉ

Il ne nous est pas possible, dans le cadre limité de cet ouvrage, d'aborder les interrelations de la maladie et de la société. Mais il faut savoir que l'expression de la maladie, son devenir et son acceptation

par l'entourage socio-professionnel sont intimement liés à la structure de la société.

Nous sommes convaincus qu'une situation socio-économique difficile, que des conditions de travail éprouvantes, qu'une vie familiale perturbée, sont facteurs de pathologie et d'accroissement de la consommation médicale. Le médecin restant une des seules portes ouvertes au désarroi, le « malade » choisira inconsciemment le langage qui est nécessaire pour s'adresser au médecin : il lui parlera de maladie.

Le système de pension d'invalidité, dont nous ne contestons pas l'utilité, peut poser des problèmes difficiles sur certaines structures psychologiques. La recherche d'une réparation pécuniaire d'un préjudice, souvent réel, mais qui, en réalité, camoufle une autre blessure, une incomplètude et une frustration plus anciennes, peut devenir plus importante que le désir de réinsertion.

Les interrelations que nous avons décrites dans le système familial, peuvent être retrouvées dans l'entourage social et professionnel, qui peut également avoir intérêt à ce que le malade reste malade, change de statut, ou, au contraire peut vouloir le faire guérir trop rapidement, son absence étant jugée insupportable.

Inversement les difficultés provenant de la réalité externe, socio-professionnelle, peuvent constituer autant de boucs émissaires, évacuant les tensions internes, comme c'était le cas précédemment pour le « handicap ». Que ces difficultés disparaissent et on pourra voir éclore des réactions jugées paradoxales : éclatement de la famille dont l'unité n'était préservée des conflits que par leur projection à l'extérieur, ou réaction dépressive d'un des membres.

Il ne s'agit donc là que de quelques ébauches de réflexions car bien que nous soyons conscients de l'importance des facteurs sociaux dans l'appréhension du phénomène maladie, ils ne rentrent pas dans le cadre volontairement imparti à ce travail.

V. – INSERTION ET SIGNIFICATION DE LA MALADIE DANS LA VIE DU SUJET

1. – PRÉSENTATION

Nous avons analysé dans les chapitres précédents les manières dont un individu pouvait réagir à la survenue puis à l'installation de sa maladie, selon le caractère transitoire ou durable de cette dernière, selon ses

implications pronostiques, et selon la valeur symbolique des fonctions corporelles ou des organes atteints. Nous avons souligné aussi combien toute maladie entraînait une réorganisation des liens entre l'individu et son entourage, un remaniement de l'image du corps propre et une actualisation de conflits affectifs ayant pu rester jusque-là à l'état latent. La façon dont une maladie est vécue, son retentissement psychologique mais aussi socio-professionnel, dépendent donc intimement de paramètres liés à la maladie en question et des caractéristiques de la personnalité du patient qui en est atteint, ainsi que de l'organisation de ses capacités défensives.

Mais il serait erroné de considérer la perte de la santé comme une simple rencontre entre d'un côté, un ou plusieurs agents pathogènes, externes ou internes, figurables ou non, et de l'autre, un individu totalement étranger à l'événement morbide qu'il va vivre et subir tel une victime innocente. Certes une telle conception « positiviste » de la maladie s'inscrit en contrepoint d'une conception « idéaliste » voire « morale » où la maladie serait conçue comme un juste châtiment de fautes réelles ou imaginaires ou comme une épreuve permettant à l'homme de mieux s'affirmer et d'en sortir renforcé. Ce qui a été longuement développé dans la première partie de cet ouvrage et notamment dans le chapitre consacré à la pathologie psychosomatique, devrait pourtant indiquer que *les deux partenaires de cette rencontre ne sont jamais totalement étrangers l'un à l'autre :* agents pathogènes et individus peuvent en effet se croiser voire coexister sans qu'il n'y ait jamais de rencontre véritable ni d'influence néfaste des premiers sur les seconds; des prédispositions héréditaires ou acquises peuvent rester longtemps à l'état latent; des dérèglements du fonctionnement cellulaire ou de certains systèmes vitaux peuvent exister à l'état embryonnaire sans rompre l'homéostasie de l'organisme (proliférations limitées, réactivité neuro-hormonale particulière, etc.). De nombreux facteurs peuvent intervenir pour accroître la réceptivité de l'organisme à l'action pathogène du milieu ou pour restreindre ses capacités habituelles de défense. Parmi ces facteurs, l'équilibre psychologique, la charge émotionnelle, la qualité des relations affectives, jouent un rôle primordial à côté des facteurs proprement physiques, biochimiques ou infectieux.

Si certains événements touchant la vie psychique peuvent avoir un rôle traumatique, ce n'est pas uniquement en raison de leur valeur absolue mais en raison de l'impact singulier qu'ils ont sur une personnalité donnée en fonction de son degré d'organisation, et de l'histoire antérieure d'un individu au sein de laquelle ils viennent prendre une place surdéterminée, c'est-à-dire déjà circonscrite par les aléas des relations affectives antérieures. *C'est bien parce qu'elles entrent en résonance avec toute l'histoire d'un sujet que des situations de perte objectale ou de blessure narcissique peuvent avoir un rôle désorganisant* allant d'un

simple ébranlement émotionnel à une maladie invalidante pouvant conduire à la mort : c'est pour cette même raison que l'ensemble de l'histoire d'un sujet va donner à une maladie et aux troubles qui la caractérisent, un sens particulier, que ce sens soit *secondaire,* lié au « vécu » de la maladie, ou qu'il soit *primitif,* participant à la pathogénèse des troubles et au « choix » des symptômes.

Nous avons voulu dans cette partie de l'ouvrage, illustrer les considérations plus théoriques que le lecteur peut trouver dans les différents autres chapitres, par une série d'exemples cliniques, suivis chacun d'un bref commentaire. Ce dernier permet de dégager quelques enseignements essentiels de ce que chaque cas particulier peut ainsi montrer.

Il est évident que ni la description clinique, ni les interprétations suggérées parallèlement, ne prétendent à une quelconque exhaustivité. Plusieurs autres lectures pourraient être proposées à partir des mêmes descriptions de base et l'analyse qui est faite des données, ne saurait en aucune manière constituer une explication univoque et définitive du déroulement étiopathogénique des processus morbides.

Mais si la « vérité » du commentaire mérite d'être relativisée, il serait arbitraire de vouloir lui ôter tout caractère de *scientificité* : chaque cas rapporté, renvoie en effet à une série de cas semblables qui ont pu conduire à des réflexions analogues; les « commentaires » ne sont donc pas construits en fonction de cas particuliers et employés ad hoc, pour les besoins de la cause, mais sont destinés à rendre compte de la manière la plus cohérente de mécanismes ayant une portée générale.

Le champ de la pathologie recouvert par les 20 observations qui vont suivre laisse des lacunes considérables. Il ne doit pas être interprété comme une définition des limites que nous imposerions à une « démarche psychosomatique ». Nous regrettons en particulier de ne pas rapporter d'observation d'enfants, de n'évoquer que par une simple remarque le problème des affections prolifératives, de ne pas aborder la question difficile de l'aide aux mourants, ou de laisser dans l'ombre des spécialités comme la neurologie, l'hématologie, l'ophtalmologie, l'O.R.L., la traumatologie et bien d'autres. Cela aurait demandé une place nettement plus importante et aurait fait perdre de vue l'objectif initial de ce chapitre qui était d'offrir une illustration vivante aux notions théoriques de l'ouvrage ainsi qu'une source de réflexion à la disposition de chaque lecteur.

Nous proposons en effet, à titre indicatif, qu'une telle série d'observations puisse servir d'*outil de travail* dans le cadre de l'enseignement ou de la formation psychologique d'étudiants en médecine ou d'autres catégories de soignants, que ce soit par l'intermédiaire des « travaux dirigés » ou au moyen d'autres systèmes d'échange, plus informels. A ce titre, les commentaires doivent être utilisés comme un canevas pouvant orienter une réflexion ou aider à conclure une discussion, et pas, bien

entendu, comme le contenu d'une « leçon » à transmettre aux « élèves » sur le mode « magistral ».

Nous allons voir, maintenant, à travers chacun de ces cas, combien la réalité clinique est plus complexe que la description schématique que nous en avons faite, dans un but didactique, dans les autres chapitres. On remarquera, notamment, combien les personnalités des malades, leurs modes de défense habituels, la nature de leurs troubles, sont parfois difficiles à classer dans une catégorie précise, même s'ils permettent d'entrevoir quelques grandes caractéristiques prenant le pas sur les autres.

On pourra surtout percevoir combien les réactions d'un même individu aux adversités, changements ou contraintes de tout ordre, peuvent varier selon les moments de sa vie. Cela concerne à la fois l'*alternance* de troubles proprement « psychiques », de troubles du comportement, et de troubles somatiques plus ou moins réversibles et invalidants, et l'alternance de « maladies » diverses chez un même individu, question qui ne peut être close en conférant une existence autonome à chacune de ces maladies, et qui renvoie à la nature même de cette « rencontre » entre un sujet et des agents pathogènes variés, que nous évoquions plus haut.

L'histoire d'un individu mérite donc, dans tous les cas, d'être considérée comme un tout et comme une suite logique, même si l'on se heurte dans un premier temps à des chaînons manquants : cette cohésion de l'ensemble n'implique pas qu'il y ait une liaison matérielle entre les différents états morbides mais que ces états puissent avoir, entre autre, des causes communes, et que parmi ces causes l'organisation psychique, le style de vie, les relations affectives particulières d'un indidivu donné, puissent jouer un rôle essentiel.

On ne trouvera pas enfin, parmi ces observations, de cas purement « psychiatriques » (névroses, psychoses ou troubles isolés du comportement par exemple) : insérer de tels cas cliniques dans notre ensemble nous aurait fait dévier de notre but initial qui était de fournir des éléments utiles pour la pratique médicale quotidienne, et non pas de faire un traité de psychiatrie ou de psychopathologie.

2. – OBSERVATIONS

Observation n° 1

M. A. est un travailleur immigré portugais, âgé de 44 ans. Ses troubles se sont installés en quelques jours sous forme de douleurs épigastriques post-prandiales avec nausées et vomissements alors que le transit intestinal et les selles étaient normaux. Ces troubles ayant fait suspecter une pancréatite aiguë, le malade a été hospitalisé dans un service

de chirurgie. Au cours de ce séjour, un tel diagnostic a été éliminé et un bilan très complet n'a retrouvé aucune cause organique aux symptômes du patient. Et pourtant, les troubles persistent en milieu hospitalier. M. A. s'alimente mal et continue à maigrir. Bien qu'en France depuis 7 ans et possédant suffisamment la langue pour entrer en contact avec ses interlocuteurs, il adopte une attitude de retrait, restant à l'écart des autres malades, n'exprimant aux soignants qu'une plainte stéréotypée.

On apprend que M. A. est manœuvre de chantier depuis son arrivée en France. Il n'a jamais eu d'arrêt de maladie, ni d'accident du travail. Il est marié et a quatre enfants, mais attend pour pouvoir faire venir sa famille en France qu'on lui accorde un logement plus spacieux. Jusqu'à un mois avant l'hospitalisation, il partageait l'appartement de sa sœur et de son beau-frère mais à la suite d'une discussion assez violente autour de problèmes familiaux, le beau-frère lui a fait comprendre que c'était par faveur qu'on lui offrait l'hospitalité et que s'il n'était pas content, il n'avait qu'à partir. Blessé dans son amour-propre, M. A. est allé loger dans un hôtel, et s'est vu contraint de payer un loyer nettement plus élevé que sa contribution au loyer antérieur, tout en étant désormais coupé du seul soutien familial qu'il avait en France. C'est dans ce contexte, que les troubles digestifs se sont installés.

La prescription d'une convalescence au Portugal verra les troubles s'effacer puis disparaître, grâce en particulier, d'après M. A., à la préparation par sa femme d'une nourriture que son estomac est capable de supporter mais, dès le retour en France, les troubles réapparaîtront.

Cette observation permet de faire plusieurs remarques :

a) Un traumatisme affectif apparemment mineur, peut bouleverser un *équilibre fragile* qui peut s'être maintenu très *longtemps sans donner de signes de défaillance.*

b) Les troubles apparaissent ici en *réaction à une situation de perte.* Cette perte associe une rupture des liens avec le noyau familial qui permettaient au patient de mieux tolérer son statut d'immigré et l'éloignement de sa femme et de ses enfants, une éviction de l'habitat familier, enfin l'abandon d'une nourriture traditionnelle qui constituait un trait d'union symbolique avec le pays d'origine.

c) Les symptômes s'inscrivent dans *un contexte dépressif* mais gardent à travers la polarité digestive, *une expressivité* qui leur confère un sens particulier. L'inappétence et le rejet alimentaire évoquent l'impossibilité de se laisser nourrir par un environnement devenu brusquement hostile et la nostalgie d'une nourriture originelle préparée par un personnage familial dont l'affection et l'honnêteté ne sauraient être mises en doute.

d) Une fonction corporelle élémentaire vient ici relayer les possibilités d'expression verbale d'un conflit, d'autant plus restreintes qu'on se trouve dans un contexte d'*immigration* et qu'on se heurte à un *barrage linguistique,* celui-ci étant plus le résultat du manque habituel de disponibilité de la part des autochtones à l'égard des travailleurs immigrés, que de l'incompétence de ces derniers dans l'utilisation de la langue du pays d'accueil.

e) Cette expressivité somatique est à rapprocher du *mode de réaction*

privilégié chez le nourrisson lorsque celui-ci est confronté à des situations d'inconfort physique ou moral, à un stade de développement où les moyens de communication verbale sont encore inexistants ou limités.

f) Le choix de la fonction malade n'est donc pas, dans ce cas, le pur effet du hasard et le symptôme garde dans la relation avec l'entourage et en particulier les soignants, *une valeur de communication.*

Observation n° 2

M. B. est un algérien de 48 ans, hospitalisé en France pour le bilan d'une symptomatologie douloureuse abdominale apparue peu de temps après une intervention chirurgicale sur un ulcère duodénal. Ce bilan montre qu'il n'y a pas de récidive d'ulcère pas plus que d'autres causes organiques pouvant expliquer les nouveaux troubles, mais plus les examens complémentaires se multiplient et se révèlent négatifs, plus les douleurs s'accroissent, dans un climat de découragement et de revendication de soins plus ou moins agressive. Dans un tel contexte, le recours au psychiatre pour un avis diagnostique et thérapeutique est ressenti par le malade comme une mise en doute de l'authenticité de ses paroles et comme une humiliation.

M. B. était arrivé en France à l'âge de 19 ans à la recherche d'un travail. Il s'était vite adapté à la société française, avait acquis une bonne maîtrise de la langue et avait trouvé une insertion professionnelle régulière et valorisante, dans l'industrie automobile. Pendant les événements d'Algérie, sa trop bonne intégration et ses relations de camaraderie avec les français l'avaient fait suspecter de double jeu à l'égard de la France et, semble-t-il, à la suite d'une fausse dénonciation, l'avaient fait accuser puis condamner pour des motifs politiques. C'est au cours de cette détention « arbitraire » qu'étaient apparues les premières manifestations de l'ulcère, alors que M. B. subissait par ailleurs divers sévices corporels en guise de représailles. La Croix Rouge Internationale avait réussi à le libérer et dès l'indépendance de l'Algérie, M. B. était retourné dans son pays pour s'y marier et y trouver un nouveau travail.

Dans les années qui avaient suivi, le père du patient avait répudié sa première femme, et s'était mis à vivre avec une femme plus jeune. M. B. avait alors accueilli sa mère chez lui, auprès de sa propre femme, et lui avait confié l'éducation de ses enfants, ce qui avait donné lieu à de nombreux accrochages entre les deux femmes.

C'est dans un tel climat troublé que les douleurs ulcéreuses s'étaient ravivées au point de nécessiter un bilan en service spécialisé. Peu avant le départ en France, cependant, on découvrait chez le fils aîné et seul garçon de M. B., un diabète insulino-dépendant. Dès son arrivée en France, M. B. avait réclamé au plus vite un traitement radical de son ulcère afin de pouvoir assumer rapidement ses responsabilités familiales, récemment accrues de manière imprévue. Après l'intervention, le patient était sorti prématurément de maison de convalescence pour retourner en Algérie, mais là il s'était vite senti dépassé par les événements. Une impuissance sexuelle s'était installée puis, aussitôt après, était apparue une nouvelle symptomatologie douloureuse abdominale, non rythmée par les repas, mais rendant toute activité impossible.

Les enseignements de cette observation sont nombreux :

a) Ce patient a *présenté successivement une pathologie organique de type psychosomatique puis des algies sans organicité sous-jacente, s'organisant sur le mode hypocondriaque.* L'existence dans les antécé-

dents d'une pathologie organique rend particulièrement difficile l'affirmation de la nature purement fonctionnelle des troubles récents.

b) Les circonstances d'installation de l'ulcère évoquent les conditions de production d'un *ulcère de contrainte,* en pathologie expérimentale. On y retrouve la notion de stress répété, *l'impossibilité de trouver une échappatoire,* le vécu d'injustice, *l'agressivité bloquée* dont toute expression est réprimée.

c) L'installation récente dans la maladie, constrastant avec la position de lutte adoptée pendant de longues années, s'inscrit dans le contexte d'une double blessure : *blessure réelle* d'abord, de par l'agression corporelle qu'a réalisé l'intervention sur l'estomac, *blessure imaginaire* ensuite, provoquée par la maladie du fils unique et la menace permanente de mort associée au risque d'hypoglycémie iatrogène, au cours du traitement du diabète insulinodépendant.

d) La symptomatologie douloureuse sert par ailleurs d'alibi à une défaillance sexuelle qui peut elle-même être mise en rapport avec le bouleversement de l'idée que M. B. se faisait de sa virilité. *Un symptôme somatique peut ainsi servir d'écran à un autre symptôme* dont l'expression directe serait considérée comme trop blessante par le patient.

e) Face à l'ébranlement de l'image de son intégrité corporelle et de son statut social, M. B. réagit par une *attitude régressive.* Mais celle-ci ne se double pas banalement d'une demande de soins et de protection. *La maladie récente et l'intervention chirurgicale vécues comme une injustice,* réactivent les traces des traumatismes passés, et par conséquent le *sentiment de préjudice* et la méfiance du malade.

f) Dans la résistance au traitement, propre aux tableaux hypocondriaques, on retrouve *une attitude de défi à l'égard du corps médical,* dont la compétence est à la fois nécessaire à l'établissement de la relation et réduite à l'impuissance.

g) Continuer à se croire malade dans son corps et *incriminer une fonction ou un organe particuliers* à l'origine du mal dont on souffre, *c'est aussi une façon de focaliser son angoisse de mort* et de concentrer l'énergie dont on dispose pour lutter contre les forces destructrices dont on se sent menacé.

Observation n° 3

Mme C., âgée de 28 ans, est hospitalisée pour le bilan de lombalgies rebelles et de troubles digestifs de type dyspeptique (ballonnement post-prandial, douleurs de l'hypocondre et de la fosse iliaque gauches, tendance à la constipation avec quelques épisodes diarrhéiques). Les troubles digestifs sont rapportés à une colopathie fonctionnelle alors que les douleurs rachidiennes semblent bien correspondre à des lombalgies d'attitude : il n'y a pas en effet d'anomalie ostéoarticulaire traumatique, inflammatoire, voire tumorale, mais une hyperlordose lombaire et une scoliose modérée avec contracture

des muscles paravertébraux et des trapèzes. L'attitude raide, un peu guindée de la patiente, contraste avec une apparence fluette, des gestes gracieux et un visage exprimant une grande douceur. Les douleurs sont vécues avec résignation et impliquent une limitation sévère de la vie relationnelle et des sorties.

Le début des troubles digestifs a coïncidé avec le divorce de Mme C. En fait, celle-ci n'a vécu avec son mari que trois semaines. Le couple s'entendait plutôt bien mais Mme C. n'a jamais pu être acceptée par sa belle-mère, qui lui reprochait en particulier de travailler et de vouloir mener une vie indépendante. A vrai dire, elle était déjà malade à 23 ans, lors de son mariage et, elle avait même hésité à se marier en raison de ses lombalgies qui l'empêchaient de tenir debout longtemps et l'obligeaient à modérer tous ses efforts.

Mme C. est l'aînée de 3 sœurs. Les parents avaient divorcé quand elle avait 5 ans, et les enfants avaient vécu avec la mère, un oncle maternel et la grand-mère maternelle. Celle-ci se plaignait souvent de son dos et négligeait de se soigner, jusqu'au jour où l'on découvrit qu'elle avait une atteinte vertébrale tumorale. Elle était très aimée par les enfants qui l'appelaient « maman » alors que la mère était interpellée par son prénom. Le père venait régulièrement chercher les enfants en week-end et les emmenait se promener. Mme C. avait souvent mal aux pieds, ce qui inquiétait son père et avait motivé plusieurs consultations médicales.

A 14 ans, Mme C. avait fait une chute dans un escalier alors qu'elle portait dans les bras l'enfant des voisins. Elle n'avait pas osé en parler à sa mère, car elle était sortie de chez elle sans permission, et avait souffert du dos en silence pendant plusieurs semaines. Puis les douleurs avaient disparu mais Mme C., qui avait progressivement pris beaucoup de poids au cours de son adolescence, avait décidé à 19 ans de faire un régime draconien. Ce dernier avait été couronné de succès, mais les douleurs dorsolombaires étaient réapparues pour ne plus la lâcher.

Cette observation met en évidence les faits suivants :

a) Les douleurs rachidiennes sont ici en rapport avec l'adoption d'une posture pathologique et des phénomènes de tension musculaire qui à leur tour retentissent sur la statique vertébrale. Le symptôme a ici un support physiologique contrairement à d'autres douleurs « sine materia ».

b) Les attitudes antalgiques et les postures préférentielles adoptées par la patiente gardent une *valeur expressive* qui confère ici au symptôme rhumatismal une *signification symbolique.* Le dos intervient, se raidit ou s'arrondit, dans les attitudes d'affirmation de soi, de prestance, ou au contraire de soumission et d'abattement. La souplesse de la charnière lombosacrée contribue au caractère plus ou moins charmeur d'un déhanchement et participe à la cinétique des préliminaires ou des rapports amoureux.

c) Comme tout symptôme hystérique, les algies rachidiennes mettent ici en scène la pulsion (d'affirmation de soi ou de provocation sexuelle) *et sa défense.*

d) La localisation rachidienne des douleurs se fait ici à la faveur de la trace d'un traumatisme physique ancien, lui-même vécu dans un climat de conflit avec la mère. La *« complaisance somatique »* prend appui sur un point de cristallisation qui commande la *vulnérabilité corporelle.*

e) A ces mécanismes peut s'ajouter une *identification* à la grand-mère souffrante, que le partage d'un symptôme *rend ainsi plus proche.*

f) On peut noter dès la deuxième enfance, l'utilisation faite par Mme C. d'une douleur physique naturelle due à la fatigue, à *la recherche de bénéfices secondaires* (présence et sollicitude du père).

g) Les lombalgies de l'âge adulte prennent le relais d'une obésité qui était probablement le résultat d'une polyphagie. Les unes comme l'autre s'inscrivent dans une pathologie du comportement, dont la motivation inconsciente peut être interprétrée comme la *difficulté à assumer une identité féminine,* doublée de la crainte d'avoir à répondre aux avances sexuelles d'un partenaire virtuel ou réel. Les unes comme l'autre permettent de *maintenir l'objet de relation à distance* et de *justifier l'esquive* d'un rapprochement avec l'objet d'amour.

h) L'installation après le divorce d'une colopathie fonctionnelle, entrant dans le cadre de manifestations *psychosomatiques* sans lésion organique sous-jacente, témoignent de *l'échec* de l'organisation défensive de Mme C. à résoudre ses conflits dans un registre purement névrotique, et peut-être de son *sentiment d'impuissance* d'avoir été ainsi abandonnée, sans raison valable.

Observation n° 4

M. D., âgé de 52 ans, est un habitué des consultations médicales notamment rhumatologiques et neurologiques. Il souffre depuis plusieurs années de lombalgies à irradiations sciatiques bilatérales, décrites avec minutie et avec nombre de détails plus ou moins pertinents et vécues comme une gêne « atroce ». Pourtant l'insertion professionnelle de M. D., cadre supérieur dans une entreprise, reste excellente. Certes, il s'agit d'un homme surmené, prenant à cœur ses responsabilités, souffrant de sa sédentarité, de son manque d'activités sportives ou de détente, de son embonpoint. Il dort extrêmement mal, mais la liste impressionnante des médicaments qu'il a ingurgités depuis toujours pour améliorer son sommeil et le journal de bord qu'il tient sur le déroulement de ses nuits blanches, sont pour le médecin un véritable défi à son pouvoir thérapeutique.

M. D. est accompagné en consultation par sa femme. Il s'agit en fait de sa deuxième femme, âgée de 30 ans, car après 20 ans de bonheur et devant un sentiment étouffant de lassitude, il a décidé de « refaire sa vie ». L'entente avec cette deuxième femme est décrite comme parfaite sur tous les plans. Il est évident cependant que les douleurs permanentes empêchent M. D. d'accomplir les prouesses sexuelles dont il serait pourtant capable. Ces douleurs sont apparues peu après ce second mariage. Mme D. est partagée entre la peine de voir son mari dans un tel état, la pitié et l'irritation.

M. D. est un homme du monde, raffiné et élégant. Il est fier de ses goûts artistiques et aime discourir pendant des heures, avec ceux, hélas bien rares, qui partagent ses convictions et ses aspirations. Son rêve aurait été de travailler et de vivre dans un magasin de haute couture au milieu des fourrures et des parfums.

Cette observation conduit aux constatations suivantes :

a) Contrairement à l'observation précédente, le support physiologi-

que des lombalgies est ici bien discutable. *Les troubles s'inscrivent plutôt dans une déformation cenestopathique des perceptions corporelles.*

b) Les symptômes qui représentent des manifestations de *conversion hystérique* (du moins les algies) et dont la valeur symbolique est proche de celle décrite dans l'observation précédente, surviennent ici sur une *personnalité hystérique, séductrice, soucieuse de plaire, inquiète de l'image qu'elle donne d'elle-même.* Tel n'est donc pas toujours le cas puisqu'il peut y avoir personnalité hystérique sans symptômes de conversion, et à l'inverse symptômes sans traits caractéristiques d'une personnalité équivalente.

c) L'état de détresse somatique apparaît à une *période charnière* de la vie de M. D. Acceptant mal de vieillir, inquiet de ses capacités de préserver une image idéalisée de lui-même, M. D. se trouve contraint de *faire ses preuves* et de se montrer à la hauteur dans une situation qu'il a lui-même provoquée pour exorciser l'angoisse qui l'envahissait.

d) Le caractère rebelle de l'insomnie déjà ancienne, la position de lutte que le patient adopte dans sa demande de soins ambiguë de type hypocondriaque, témoignent de l'importance que revêt pour lui la nécessité de *garder la plus grande maîtrise de la situation* et de *rester vigilant.*

e) La recherche inquiète d'une identité sexuelle constamment remise en doute, *l'identification féminine* parallèle à l'affirmation d'une virilité vacillante, rentrent dans le cadre d'une *problématique hystérique* que n'arrivent pas à résoudre, ni les choix objectaux de M. D. (celui en particulier d'une femme jeune et hyper-féminine dont il se veut le chevalier servant), ni ses activités de sublimation (ses goûts « artistiques », son intellectualisation des rapports humains, sa mondanité).

Observation n° 5

M. E. est un homme de 44 ans, souffrant depuis trois ans d'un asthme rebelle d'apparition tardive. Les épreuves fonctionnelles respiratoires confirment un discret syndrome obstructif mais les résultats des tests allergologiques sont discordants : les tests cutanés ont trouvé une allergie à la poussière de maison mais il n'y a pas, comme on s'y attendrait, une élévation des immunoglobulines E spécifiques; l'inhalation de l'allergène en laboratoire ne déclenche pas de crise et par ailleurs la désensibilisation systématique qui a été entreprise n'a pas modifié le cours de la maladie : les crises ont fini par devenir quotidiennes entravant la vie socio-professionnelle et entretenant un sentiment d'invalidité très pénible pour le patient.

M. E. est marié depuis 12 ans, sans enfants, mais la stérilité du couple n'a pas donné lieu à un bilan étiologique. Il est l'aîné d'une fratrie de trois garçons qui se suivent chacun à 4 ans d'intervalle. Les parents, âgés de 75 ans, vivent en province : le père a été employé agricole puis employé communal: la mère faisait des ménages. La famille a toujours vécu modestement. Le grand-père paternel était asthmatique et est mort « étouffé ».

Les circonstances ont vite développé chez M. E. le sens des responsabilités. Secondant, en tant que fils aîné, sa mère pendant la dernière guerre, il n'a pas tardé ensuite à s'engager dans l'armée et il y a trouvé un poste administratif qu'il a gardé avec une stabilité parfaite et une conscience professionnelle enviée par tous ses collègues. C'est un homme ponctuel, ordonné, méticuleux, scrupuleux, sociable. L'entente avec sa femme semble parfaite. Le contact lors de l'entretien thérapeutique s'établit aisément. M. E. n'a aucune réticence à parler, mais son visage exprime une vague amertume que la discrétion et la politesse du personnage empêchent de faire passer dans le discours.

La description des caractères des crises bute sur une particularité sémiologique en rapport avec l'horaire de leur survenue : si certaines crises se déclenchent à toute heure, notamment en pleine nuit, avec un réveil angoissé et une peur d'étouffer, d'autres paraissent beaucoup plus régulières, éclatant brusquement avec une précision d'horloge entre 17 h 30 et 17 h 40. En fait, ce sont surtout les premières crises qui avaient cette particularité et actuellement l'horaire de survenue est plus flou.

L'anamnèse associative conduite dans un climat de confiance thérapeutique dès ce premier entretien, permet d'évoquer le souvenir d'un événement traumatique ayant précédé de quelques jours l'apparition de la maladie.

Quelques mois avant celle-ci, était arrivé dans le bureau où travaillait M. E., un nouveau supérieur hiérarchique. Voulant faire preuve d'autorité et donner un témoignage concret de la fonction à laquelle il venait récemment d'accéder, celui-ci avait cru bon de changer radicalement les habitudes de travail de ses subordonnés, au mépris des compétences et de l'expérience accumulée par M. E. Ce bouleversement, particulièrement éprouvant pour un homme aussi attachée à ses habitudes que M. E., n'avait pas donné lieu à un affrontement direct mais à plusieurs tentatives d'aménagement de la relation, qui s'étaient avérées infructueuses. En fin de compte, après avoir mûrement pesé le pour et le contre, et après des hésitations déchirantes, M. E. avait décidé de donner sa démission. 17 h 35 était justement l'heure où il avait signé son nom en bas d'un document où il exprimait ouvertement son choix : geste qui confirmait son échec, sa soumission face à l'adversité et son sentiment d'impuissance.

M. E. avait par la suite retrouvé rapidement un nouveau travail et y avait été apprécié autant qu'auparavant. Il dit ne garder aucune rancune à l'égard de l'événement qui l'avait blessé jadis : il en était même arrivé à l'oublier. Il a fallu l'occasion d'une consultation « psychosomatique » pour faire resurgir le souvenir traumatique et pour pousser le patient à exprimer l'humiliation subie.

Les consultations ultérieures permettront de constater que brusquement, toute manifestation asthmatique aura disparu après ce premier entretien, sans être remplacée par d'autres symptômes et sans se traduire par une recrudescence d'angoisse. Plus d'un an de recul confirmera par la suite ce résultat.

Ce cas clinique permet de noter plusieurs choses :

a) On est ici en présence d'une *pathologie psychosomatique lésionnelle d'apparition tardive,* sur un vague fond d'allergie familiale (asthme du grand-père).

b) Les circonstances d'apparition de la maladie asthmatique évoquent l'impossibilité dans laquelle s'est trouvé M. E. d'assumer moralement le traumatisme constitué par le conflit sans issue avec le nouveau supérieur. Bien que sa *personnalité* ait été *structurée sur le mode obsessionnel* (méticulosité, politesse, ponctualité, scrupulosité...), le traumatisme était trop soudain et trop important pour que le conflit puisse être dégagé à travers une simple exagération des défenses de caractère, voire

même l'apparition de véritables symptômes obsessionnels (comme auraient pu l'être le doute sur l'exactitude des calculs de comptabilité et le besoin de vérifications incessantes).

c) La profondeur de la blessure narcissique de M. E. est en rapport avec le refus de reconnaissance de sa valeur, de son honnêteté et de son abnégation par un supérieur dont il espérait malgré tout que ces qualités seraient appréciées.

d) Si le choix de l'appareil respiratoire comme lieu de la désorganisation somatique répond probablement à un déterminisme héréditaire, *le choix de l'horaire de survenue d'une partie des crises d'asthme ne semble pas dû au hasard,* puisqu'il répète l'un des éléments constitutifs du contexte situationnel dans lequel le traumatisme psychoaffectif était survenu.

e) La crise d'asthme acquiert dans cette observation une *valeur de commémoration.* C'est un véritable *cérémonial* qui répète un événement passé dont le souvenir a fini par s'estomper.

f) D'une manière plus générale, *tout symptôme somatique, fonctionnel ou organique, qui apparaît à la suite d'une situation de perte objectale ou de blessure narcissique, et qui persiste, porte l'empreinte de l'événement traumatique* qui a été à son origine; il laisse ainsi à tout nouvel investigateur le soin de décrypter le sens d'une telle trace corporelle devenue vite énigmatique puisque détachée de ses conditions de survenue. Être malade dans son corps et y reproduire en permanence ou répétitivement les stigmates d'un bouleversement originel, c'est aussi une façon de rendre présent l'absent, de faire l'économie d'un deuil trop pénible, de rester rivé à un passé encore intact.

g) Il est connu que quelques entretiens voire une consultation unique peuvent déclencher l'amélioration d'une maladie asthmatique dans un tiers des cas. Cet effet spectaculaire n'est pas généralisable, encore moins pour d'autres affections dites « psychosomatiques ». Notons, cependant, que *si ce malade a « guéri »* (définitivement ou pendant un an, cela a les mêmes conséquences théoriques) *à la suite de l'évocation traumatique, c'est probablement de s'être senti une source d'intérêt pour le thérapeute, au-delà de l'écran que constituait le symptôme :* alors qu'une pratique médicale trop technique réduisait son histoire à celle de ses crises d'asthme, il avait pu pour une fois, sans être venu consulter pour cela, faire partager un pan de sa vie et faire reconnaître sa blessure morale.

Observation n° 6

M. F. est un homme de 60 ans qui a installé depuis trois ans un asthme d'abord épisodique, puis de plus en plus invalidant avec même des périodes de crises subintran-

tes. Marié, père de 4 filles, il a toujours réussi dans les affaires (il est représentant d'une importante entreprise commerciale). Les derniers temps cependant, la maladie l'a obligé à diminuer quelque peu ses activités, ce qui n'a pas été trop douloureux, au contraire, puisque la troisième fille, âgée de 22 ans, est venue le seconder. Il est heureux de pouvoir compter sur elle car les autres filles ont voulu trop vite vivre leur vie, sans égards pour leurs parents.

Une désensibilisation à différents allergènes végétaux s'est soldée par un échec. M. F. avoue qu'il y a une seule chose à laquelle il soit allergique : « la connerie humaine ». C'est un personnage coloré, agité en permanence sur sa chaise pendant l'entretien, établissant un contact chaleureux avec l'interlocuteur. Il devient vite familier, fait des grands gestes et se penche avec énergie sur la table pour se rapprocher de celui qui l'écoute. Il montre le vaporisateur buccal qu'il tient constamment sur lui et qui est sa bouée de sauvetage.

Le rôle des contrariétés est facilement reconnu en tant que circonstance favorisant la survenue de ses crises. Parfois il suffit de peu de chose, comme d'une voiture qui ne démarre pas le matin. Ailleurs, toutefois, c'est à ne rien y comprendre puisque les crises surviennent aussi quand il est parfaitement détendu, par exemple quand il ratisse son jardin en compagnie de sa 3e fille (celle qui vit avec eux et travaille auprès de lui). Il indique à ce propos combien les mouvements de va-et-vient lui deviennent insupportables et l'essoufflent à très court terme.

Sa maladie l'a rendu plus difficile à vivre. Il est plus irritable. Chaque soir il s'énerve à la hantise de la crise nocturne qui pourrait survenir sans prévenir. La nuit les cauchemars sont fréquents : parfois il rêve qu'il perd ses chaussures. Il fait depuis deux ans chambre à part avec sa femme avec laquelle il semble par ailleurs s'entendre à merveille.

C'est elle qui l'avait poussé à aller chez le médecin la veille de la nuit de la toute première crise. Elle lui trouvait mauvaise mine, le voyait fatigué, vieillissant. Lui, se sentait en pleine forme : en tout cas, il n'avait pas l'habitude de se faire plaindre pour rien. Ce jour-là, le médecin traitant habituel avait présenté à M. F. son nouvel associé en lui annonçant qu'à partir de ce jour ils allaient se partager les tours de garde nocturne. M. F. avait répliqué « plus tard j'aurai à faire appel à lui, mieux ça vaudra ». Notons malgré tout que pendant l'entretien où il évoque tous ces souvenirs, il s'y reprend à deux fois pour restituer cette phrase, disant d'abord « plus tôt » à la place de « plus tard ». Quelques jours avant cette première crise, sa 2e fille, alors âgée de 21 ans, lui avait annoncé brutalement son intention de quitter la maison.

Cette observation permet les réflexions suivantes :

a) Confronté au départ de ses enfants, *ne pouvant plus user de son autorité à leur égard, vexé par les paroles de sa femme qui ne reconnaît plus en lui l'homme vaillant et plein de vitalité qu'il était,* M. F. veut vraiment conjurer le sort qu'il sent peser sur lui. La maladie va fondre comme une confirmation des prédictions funestes et va entraîner un profond remaniement du statut de cet homme.

b) M. F. présente ce que certains psychosomaticiens ont dénommé *« une personnalité allergique ».* On y retrouve *l'aisance exagérée* face à un interlocuteur étranger, *l'avidité de contact* et le besoin d'incorporation de l'objet de relation, la facilité avec laquelle un objet devenu décevant, peut être remplacé par un autre.

c) La maladie permet à M. F. de *réaménager ses distances par rapport à ses objets familiers :* elle est l'occasion de faire chambre à part

avec une femme qui a brusquement vieilli en lui rappelant son propre vieillissement à lui, et à laquelle il délègue désormais une fonction de protection maternelle; elle est aussi l'occasion d'un rapprochement avec sa troisième fille, plus dévouée et moins ingrate que les autres.

d) La proximité de cette fille, sous le prétexte de la maladie et du travail, plonge M. F. à son insu, dans une *relation de type œdipien* dont il tire à la fois du *plaisir* mais aussi une *culpabilité* inconsciente. *L'érotisation de cette relation* contribue sans doute à la survenue de crises ou du moins d'accès de dyspnée asthmatiforme quand le patient est en compagnie de sa fille et qu'il exécute des gestes pouvant revêtir une connotation sexuelle, comme les mouvements de ratissage. Sur la pathologie psychosomatique initiale *se greffe donc une symbolisation de type hystérique* qui concourt à entretenir une gêne physique.

e) Contrairement à d'autres affections dites psychosomatiques, les maladies allergiques telles l'asthme surviennent souvent sur des personnalités présentant une *grande richesse fantasmatique* et des capacités d'élaboration des conflits à travers le travail du rêve.

f) Certes, on ne doit pas minimiser dans cet asthme le *rôle de l'allergie* développée à l'égard des feuilles ou de certaines plantes. Mais, si l'allergie est la cause identifiable de manifestations somatiques, ses circonstances de survenue restent souvent énigmatiques. *Pour qu'une substance, quelle qu'elle soit, devienne allergisante, encore faut-il qu'elle ait été reconnue comme un antigène étranger* par les cellules immunocompétentes de l'organisme, à la faveur par exemple d'un dérèglement neuro-humoral dû à un *« stress »*.

g) L'allergène incriminé pourrait alors n'être au départ qu'un des éléments constitutifs (souvent contingents) du tableau « traumatique » initial, comme l'était l'élément horaire dans l'observation précédente. Élément en soi dépourvu de sens, mais qui représentera la trace d'un ensemble plus vaste, dont la majeure partie sera tombée dans l'oubli. On sait d'ailleurs que *si la présence de l'allergène ne suffit pas toujours à déclencher la réaction allergique prévue* (la crise d'asthme), la simple *présentation figurée* de l'allergène (photographie d'une plante par exemple) ou son *évocation* mentale, peuvent dans certains cas déclencher une réaction somatique tout à fait comparable.

Observation n° 7

M G. est un homme de 57 ans. Depuis plusieurs années, il est chef d'atelier dans un garage et prend son métier à cœur. Il aime le travail bien fait et dépense beaucoup d'énergie à satisfaire les clients, à éviter les conflits entre les mécaniciens sous ses ordres et à être conciliant avec tout le monde. Il ne se met jamais en colère mais quand la journée a été dure, il ressent immanquablement ses crampes et ses brûlures d'estomac

auxquelles il a fini par s'habituer depuis le temps et dont il sait qu'elles sont en rapport avec une banale gastrite, sans aucun signe d'ulcère aux examens complémentaires.

Au moment de s'endormir, il remache longuement les événements de la journée, et réfléchit à l'organisation du travail du lendemain : il a tout le loisir de le faire puisque, depuis des années, il souffre parallèlement d'une insomnie tenace qui a donné lieu à toute sorte de prescriptions. Il est vrai qu'à une époque il a eu beaucoup de soucis avec une femme qui buvait en cachette et bien que les choses se soient arrangées de ce côté-là, il ne peut jamais avoir l'esprit tranquille et conserve la crainte d'une rechute inopinée de son épouse.

Depuis quelques mois, M. G. a commencé à se déprimer. Tout en n'étant pas plus insomniaque qu'avant, les levers du matin sont devenus de plus en plus difficiles, le travail ne le stimule plus comme avant, il est constamment fatigué et perd la mémoire, il n'a plus l'autorité nécessaire pour diriger l'équipe de jeunes qu'il juge plus dynamiques et mieux formés que lui. Curieusement, les douleurs gastriques ont presque disparu depuis que le moral est moins bon. Un traitement anti-dépresseur permet d'obtenir une amélioration nette de l'humeur et de faciliter le sommeil nocturne, résultat qu'aucun hypnotique ni tranquillisant n'avait pu susciter jusque-là.

Alors qu'il va plutôt bien, son fils unique lui fait part, après mûre réflexion, de son intention d'aller s'installer en province pour son travail, tandis que M. G. envisageait de lui céder son propre pavillon parisien et d'aller se retirer avec sa femme, lors de sa retraite, dans une maison de campagne. Ce fils va bientôt se marier : la future belle-fille est parfaitement acceptée et on décide de fêter le dernier rassemblement familial, avant le départ en province. Le lendemain de cette fête, qui s'est déroulée dans une ambiance détendue et joyeuse, M. G. présente subitement un zona intercostal, dûment authentifié, dont les séquelles le gêneront pendant plusieurs semaines.

Par la suite, le moral de M. G. est à nouveau moins brillant qu'il n'a été, sans comparaison cependant avec la période dépressive antérieure. Il décide cette fois-ci d'arrêter les anti-dépresseurs et de tenir le coup grâce à sa volonté. Il y parvient effectivement, mais l'insomnie et les gastralgies réapparaissent. Entre-temps, il a décidé de prendre les choses avec une certaine philosophie : il se sent moins impliqué par son travail, pense à sa retraite et se montre désireux de l'organiser d'une manière agréable.

Les remarques qui découlent de ce cas sont les suivantes :

a) La traduction gastrique des contrariétés, la difficulté à extérioriser son agressivité, la tendance à ruminer ses soucis, auraient pu faire de M. G. un ulcéreux; mais il est vraisemblable que les conditions organiques sous-tendant l'apparition d'une maladie ulcéreuse n'étaient pas réunies chez lui : sa pathologie reste par conséquent dans le cadre de manifestations psychosomatiques *fonctionnelles.*

b) La survenue d'un *syndrôme dépressif* d'épuisement sinon réactionnel, *prend le relai des manifestations digestives* qui réapparaîtront ainsi que l'insomnie à un moment où le patient se considérera sorti de sa dépression.

c) L'épisode dépressif était une occasion plutôt rare dans la vie de M. G., de laisser libre cours à un besoin de dépendance et à une revendication affective constamment réprimés. En temps normal, M. G. se montre plutôt incapable de se déprimer face à une situation de perte objectale.

d) C'est justement cette *incapacité de faire le deuil de son fils unique,* alors que le projet qui aurait permis de conserver des liens plus proches s'écroule, qui semble en cause dans l'apparition soudaine de ce *zona psychosomatique :* infection virale en rapport avec la brusque virulence d'un micro-organisme existant jusque-là à l'état quiescent dans le corps et qui évoque une *défaillance subite des défenses immunitaires.* On sait que ces dernières peuvent être perturbées dans un contexte de deuil, qui constitue par conséquent un *facteur de risque* supplémentaire dans l'apparition ou l'évolution d'une maladie immunitaire ou dans la prolifération de cellules cancéreuses.

e) Plutôt que la disparition de certains symptômes somatiques, c'est un *changement de la vision* que M. G. avait de la vie, de son avenir et de lui-même, qui peut faire parler de « guérison ».

Observation n° 8

Mme H., âgée de 26 ans, est suivie depuis l'âge de 15 ans pour un lupus érythémateux disséminé dont les manifestations se sont bornées pendant de nombreuses années à des poussées articulaires.

Malgré des absences répétées, sa scolarité a été brillante : elle a même commencé une formation d'institutrice mais n'a pu passer le diplôme final en raison de ses ennuis de santé. A 23 ans, elle rencontre un garçon qui habite avec ses parents dans le même immeuble qu'elle et que ses propres parents : ils se fréquentent et parlent bientôt de se marier, mais chaque partenaire reste attaché à sa famille tout en reprochant à l'autre sa soumission à l'égard des siens. Il est vrai que Mme H. paraît particulièrement dépendante de sa mère ; elle a toujours été timide et sauvage mais sa maladie chronique a resserré les liens familiaux. Le mariage a quand même lieu deux ans plus tard, et le couple choisit d'élire domicile à 500 mètres des parents respectifs.

Très vite M. H. est irrité de voir sa femme toujours fourrée chez ses parents. Sa profession l'oblige à s'absenter fréquemment; elle en est jalouse, ils se disputent et il la brutalise d'autant qu'elle se montre très craintive à l'égard des rapports sexuels qu'elle refuse. Consciente de frustrer ainsi son mari, Mme H. appréhende qu'il puisse un jour la tromper, voire la laisser tomber. On déconseille au couple d'avoir des enfants pour ne pas aggraver la maladie de Mme H.; pendant ce temps la sœur aînée a un enfant dont la patiente est élue marraine. C'est dans ce contexte qu'un bilan systématique découvre pour la première fois des stigmates d'atteinte rénale obligeant Mme H. à être suivie d'une manière plus intensive.

Pour mettre un peu plus de distance entre son foyer et ses beaux-parents, M. H. décide de déménager et commence à installer un appartement qui se trouve à un kilomètre du logement actuel. Sa femme craint alors que ce soit une machination pour réussir à se défaire d'elle et vivre avec une autre femme, plus jeune, plus jolie et en bonne santé; elle trouve affreuses les « joues » que lui donnent les corticoïdes et elle finit par faire part à son mari de son intention de mettre fin à leur mésentente par un divorce.

C'est dans ce climat tendu qu'apparaît une nouvelle poussée lupique, particulièrement sévère, avec des manifestations psychiatriques dominées par un syndrome confusionnel et un délire au sein duquel Mme H. prête à son mari l'intention de la tuer en l'empoisonnant. Ces symptômes ainsi que des épisodes d'angoisse extrême où Mme H. a la conviction de mourir puis de ressusciter, rendent la prise en charge hospitalière particulièrement lourde. Au cours de l'un de ces épisodes, Mme H. qui se sent refroidir à toute

vitesse, se tourne par un effort ultime vers le radiateur de sa chambre et pense reconquérir ainsi la vie en se réchauffant.

Progressivement, la poussée lupique régresse. L'état général s'améliore, le contact se normalise. Un peu plus tard, alors que cliniquement Mme H. va bien, elle aborde pour la première fois ses difficultés conjugales avec réalisme, alors que jusque-là elle n'avait pu en parler que sur le mode délirant. Dans la nuit qui suit, elle présente une poussée fébrile à 41°5 : les hémocultures s'avèreront positives et on découvrira la porte d'entrée de cette infection microbienne grâce à l'examen des urines. Une antibiothérapie massive jugulera l'infection qui heureusement ne s'accompagne pas d'une aggravation du lupus. Désormais Mme H. aura une vision beaucoup plus mûre de sa maladie. La sortie de l'hôpital ne tardera pas à être envisagée.

Cette observation illustre les points suivants :

a) L'évolution d'une maladie auto-immune comme le lupus peut être influencée par les événements de la vie psychique, les contrariétés ou les situations de perte objectale jouant pour le moins un rôle aggravant.

b) On peut noter que l'affection survient ici sur une *personnalité particulièrement immature,* sans qu'il soit évident si ce trait de caractère constitue une *toile de fond* favorisant la survenue de la maladie *ou une conséquence* d'une invalidation chronique remontant à l'adolescence.

c) L'absence d'assurance et de maturité est associée à une *attitude phobique à l'égard du corps et de la sexualité* qui entraîne le couple dans un cercle vicieux : plus Mme H. se montre réticente aux avances de son mari, plus ce dernier a tendance à éprouver de l'agressivité à son égard, plus elle-même est confortée, en retour, dans *l'idée menaçante* qu'elle se faisait de la sexualité.

d) La maladie est vécue ici comme une castration irréparable qui met la patiente en position d'infériorité face à ses rivales virtuelles et fait peser sur elle une *menace permanente d'abandon.* Cette crainte deviendra conviction et sera en quelque sorte exorcisée à travers le contenu du délire.

e) Si le *tableau psychiatrique* correspond bien à une poussée lupique et non à une complication des corticoïdes et si un substratum physiopathologique spécifique en explique le mécanisme, sa *thématique* reste intimement liée au vécu récent de la patiente, notamment au *bouleversement de ses perceptions corporelles,* à sa peur d'être détruite si elle est privée de tout soutien, à sa panique devant la perspective de la mort.

f) La survenue brutale d'une septicémie évoque un mécanisme analogue à celui de l'éruption virale de l'observation précédente. On peut noter qu'elle fait suite à une *reviviscence des conflits* à un stade où les défenses de la patiente étaient sans doute encore trop fragiles pour qu'elle ne se sente pas impuissante face à leur existence.

g) Indépendamment des modifications biologiques accompagnant un *processus fébrile,* il semble bien qu'un tel épisode puisse être *l'occasion*

d'un réinvestissement libidinal du corps et du monde extérieur et d'une appréhension moins déformée de la réalité.

Observation n° 9

Mme I. est une femme de 63 ans, mariée et mère de deux enfants. Son diabète insulino-dépendant a été découvert quand elle avait 40 ans, à l'occasion d'une cicatrisation difficile d'un ulcère variqueux de jambe. Le traitement qu'elle ajuste quotidiennement comme elle l'a appris, notamment en fonction de sa glycosurie et de sa cétonurie, n'a jamais réussi à la stabiliser de manière efficace : elle a même dénombré une trentaine de comas hypoglycémiques en vingt ans.

Mme I. a été longtemps caissière d'un café tabac : c'était une femme active et énergique, qui ne se laissait pas abattre. Elle a présenté deux épisodes dépressifs rapidement régressifs sous traitement, à 55 ans et 58 ans. Elle se déprime maintenant à nouveau, perd toute initiative, passe son temps au lit, sent sa tête vide. Il n'y a cependant pas de troubles nets du sommeil, pas d'auto-accusation, pas d'idées de suicide.

On apprend que depuis peu le mari de Mme I. est à la retraite. Il semble bien que le couple s'entendait mieux quand chacun était absorbé par ses activités professionnelles. L'intensification forcée de la vie commune a abouti, contrairement aux espérances de Mme I., à une déception mutuelle et à des accrochages fréquents. Toutefois, quand son mari la voit prostrée, il semble pris de remords et se montre très prévenant avec elle.

L'évolution du syndrome dépressif sous traitement approprié en milieu hospitalier est favorable. Le diabète reste stable pendant cette première phase. C'est alors qu'on commence à parler de sortie et que le mari fait part aux soignants de sa réticence, que le diabète se décompense avec apparition quasi constante de trois à quatre croix de sucre dans les urines et, irrégulièrement, d'acétone. Peu après, Mme I. fait une pneumopathie qui complète l'aggravation du diabète et oblige à augmenter les doses d'insuline. Pendant cette période, la patiente se soumet aux soins passivement, comme un enfant docile. Elle arbore souvent un petit sourire narquois, dit que tout va bien et entretient d'excellentes relations avec tout le monde.

L'augmentation des doses d'insuline donne lieu à des malaises hypoglycémiques. Ceux-ci se répètent de plus en plus souvent, et l'on se demande dans quelle mesure Mme I. ne met pas de côté une partie de ses repas, d'autant qu'une petite enquête « policière » a trouvé déjà de nombreuses biscottes dans son placard, découverte à laquelle Mme I. a réagi avec un fort sentiment de honte, sans arriver à se justifier. Pendant ses hypoglycémies, on note qu'elle devient grognon; elle ne répond pas quand on lui adresse la parole, même lorsqu'elle est parfaitement vigilante et exprime plus librement et plus sèchement ses revendications à l'égard des infirmières.

M. I., qui venait quotidiennement aux visites à l'hôpital, accompagne sa femme en maison de convalescence diététique puis en profite pour prendre 8 jours de vacances. A nouveau le diabète de Mme I. se décompense. De retour à son domicile Mme I. ne fera aucune remarque au médecin qui l'interroge sur son séjour en maison de repos. C'est par le mari qu'on apprendra que les conditions de confort hôtelier y étaient très insuffisantes et qu'on s'y ennuyait à mourir.

Cette observation est intéressante à plusieurs égard :

a) Une affection métabolique comme le diabète, en rapport avec une régulation hormonale déficiente, *peut être également sous la dépendance de facteurs affectifs.*

b) Le diabète s'inscrit ici sur une *personnalité assez conformiste,* banalisant ou niant tout conflit, éprouvant *beaucoup de difficultés,* lorsque le diabète est équilibré, *à exprimer la moindre agressivité.*

c) Les modifications de la glycémie sont contemporaines de modifications comportementales et permettent une libération de charges pulsionnelles habituellement réprimées : l'hyperglycémie donne libre cours au besoin régressif de dépendance et à la demande orale de présence et de chaleur affective; *l'hypoglycémie* par contre laisse se développer les attitudes caractérielles et la revendication sinon la colère.

d) Une fois de plus on assiste à une *alternance du mouvement dépressif et de la décompensation somatique.* C'est quand la dépression réactionnelle s'améliore et que la menace d'abandon réapparaît, que le diabète s'aggrave.

e) L'état dépressif qui correspond ici plus à une hémorragie libidinale et à une *dévitalisation* qu'à un retournement sur soi de l'agressivité, *protège malgré tout du danger de séparation* puisqu'à travers l'abattement réactionnel du patient à une déception initiale, il rend présent l'objet qui s'est montré défaillant, par le témoignage de la perte, que réalise la douleur morale. Le dépassement de la phase dépressive représente l'accomplissement d'un certain *travail de deuil* qui permet à l'ancien déprimé de reprendre ses *distances* par rapport à l'objet mais le rend à nouveau plus sensible aux nouvelles attitudes qui pourront être adoptées par l'objet (lorsque celui-ci est encore vivant).

f) La facilité avec laquelle Mme I. prend le risque d'une hypoglycémie, renforce l'idée d'une fonction capitale de décharge pulsionnelle assumée par un tet état, en dépit du danger inquiétant d'un non retour, qui y est associé.

Observation n° 10

M. J. est un ingénieur de 46 ans, qui présente depuis un an et demi une rectocolite hémorragique très évolutive. Il a jusqu'ici continué à travailler mais a été contraint de refuser toute occasion de sortie, vivant sa maladie comme un handicap très humiliant. Les symptômes et la gêne qu'ils induisent, sont présentés avec un minimum d'émotions; le discours est très pauvre en associations et se tarit aussitôt si on ne le relance pas. M. J. donne l'impression d'une grande fragilité : on ose à peine lui poser des questions bien anodines sur sa vie, de peur de manquer de tact voire même de le briser comme du verre. Il reconnaît lui-même que derrière son calme extérieur, il est intérieurement tendu et agité.

Jusqu'à ces derniers temps, il partageait avec son frère et sa sœur la propriété des parents, en banlieue parisienne. Trois pavillons donnent en effet sur un jardin commun : le premier est habité par les parents; le deuxième par le frère aîné, sa femme et ses enfants; le troisième comporte deux logements indépendants, l'un occupé par la sœur cadette et sa famille, l'autre par M. J. qui est célibataire et vit seul. Il y a trois ans, M. J. a fait construire un pavillon en grande banlieue pour « faire un placement » et

prendre en même temps quelque distance par rapport au clan familial dont il ne s'était jusque-là jamais séparé. Quand il a commencé à l'aménager avec l'intention d'aller bientôt s'y installer, il a été frappé par sa maladie digestive qui est vite devenue invalidante avec des rémissions partielles et rares.

Depuis plusieurs années, la mère de M. J. présente un délire chronique qui la coupe du monde et désarme son entourage. Elle vit repliée sur elle-même, ne parle plus à personne; on la sent très malheureuse.

On prescrit à M. J., parallèlement à ses médications spécifiques, un traitement antidépresseur et on lui suggère d'habiter plus régulièrement, pour le moment, dans son ancien pavillon. Le résultat ne se fait pas sentir immédiatement mais au bout de trois mois l'amélioration est incontestable et M. J. reconnaît n'avoir jamais été aussi bien. Un recul de plusieurs mois ne démentira pas cette évolution. M. J. restera très discret sur sa vie affective, bien pauvre en réalité après une unique déception il y a plusieurs années : par contre il parlera plus librement de son souci pour la santé maternelle, soutenu dans cette démarche par la verbalisation que le thérapeute proposera pour offrir des représentations possibles à des émotions incarcérées dans son corps. Progressivement, M. J. investira sa nouvelle demeure sans en être freiné par sa santé.

Ce cas souligne plusieurs points fondamentaux :

a) Le début de la maladie évoque une difficulté majeure pour ce patient de se séparer du clan familial, à la fois à cause de sa culpabilité à l'égard d'une mère qui souffre et que personne n'arrive à faire sortir de son aliénation, et à cause de sa réticence à entamer *l'idéal d'unité familiale* auquel il a jusque-là souscrit.

b) La personnalité de M. J. évoque une *structure opératoire* avec une pensée collant au réel et une pauvreté des représentations imaginaires ainsi que du vécu émotionnel. *Encore faut-il faire la part* dans une telle présentation clinique de ce qui aurait précédé l'apparition de la maladie et de ce qui serait réactionnel à une affection particulièrement invalidante : *véritable blessure intérieure évoquant le travail mortifère d'une force destructrice* à laquelle le corps serait livré sans merci.

c) Une même interrogation sur une *causalité circulaire* concerne la notion d'*extrême fragilité* caractérisant de nombreux malades porteurs d'une rectocolite hémorragique, dont il a été dit qu'ils pouvaient entre leurs poussées somatiques, présenter des *épisodes de décompensation psychotique.*

d) La *dépression* apparaît ici comme *réactionnelle* à la blessure narcissique constituée par la maladie physique.

e) Le projet d'installation dans le pavillon de grande banlieue revêtait une signification ambiguë : il était à la fois l'expression de la tentative d'autonomisation de M. J. et le prétexte à un isolement géographique par lequel il pouvait s'identifier par analogie à l'isolement moral de sa mère. Quand l'objet dans la réalité échappe à toute saisie, l'*identification* du sujet à certains de ses traits permet malgré tout une appropriation imaginaire : *elle permet « d'être comme » l'autre, à défaut de l'avoir.*

f) Quand l'espace fantasmatique paraît rétréci, qu'il soit structurellement déficitaire ou que son utilisation soit inhibée, *l'injection de représentations mentales par le thérapeute peut avoir un rôle vitalisant et offrir des sources de liaison aux charges pulsionnelles,* libidinales ou agressives, constituant ainsi une médiation et un moyen de distanciation entre les mouvements émotionnels et leur impact somatique.

Observation n° 11

M. K. a 54 ans. Il a fait un infarctus du myocarde il y a 5 mois. La maladie a été acceptée dans un premier temps avec sagesse mais la fatigue éprouvée lors d'une première reprise de travail l'a contraint à s'arrêter à nouveau. Maintenant il se rend compte qu'il ne pourra jamais récupérer sa force physique antérieure et cette idée le déprime énormément. Il pensait cultiver au moment de sa retraite un terrain acheté récemment et en faire un verger mais, il considère qu'il n'y arrivera jamais et se dit prêt à revendre son bien.

M. K. n'est pas un ancien angineux. Les électrocardiogrammes pratiqués régulièrement dans l'entreprise où il travaille comme technicien supérieur, ont toujours été normaux. Il fumait deux paquets de cigarettes par jour et il a dû arrêter du jour au lendemain : maintenant, quand il sent l'envie du tabac, il machonne un chewing-gum. Il a toujours été perfectionniste et scrupuleux. Son expérience lui faisait pressentir les défauts des projets élaborés par les ingénieurs de son service et il avait toujours eu du mal à s'engager dans la réalisation de plans techniques auxquels il n'aurait pas adhéré pleinement.

Un mois et demi avant le diagnostic de l'infarctus, il a appris brutalement par la gendarmerie que sa fille cadette était à l'hôpital avec un traumatisme crânien. Elle avait quitté peu de temps avant son fiancé et avait interrompu sa formation professionnelle, entraînée par un garçon « peu recommandable ». M. K. avait été profondément déçu par le mauvais tournant pris par cette fille et bouleversé par la nouvelle de l'hospitalisation. C'était sa fille préférée, dévouée et consciencieuse et il aimait la montrer en exemple à sa fille aînée, plus bohème et nonchalante. Dans la quinzaine qui avait suivi ces événements, M. K. avait présenté deux crises angineuses, puis juste un mois après cette première mauvaise nouvelle il avait appris que son fils était à son tour hospitalisé pour une méningite. Il allait s'avérer qu'il s'agissait d'une méningite virale bénigne. Mais entre-temps, l'infarctus s'était constitué. Les suites avaient été moins favorables pour sa fille que pour son fils, puisqu'on avait dû récemment hospitaliser la première en clinique psychiatrique. En évoquant cette évolution M. K. est brusquement paralysé par son émotion : il a la gorge serrée, s'arrête de parler, mais aucune larme ne parvient à couler de ses yeux.

Cette observation permet de déduire un certain nombre de concepts :

a) Le rôle des émotions chez les cardiaques n'est pas un simple mythe. On les voit ici intervenir au niveau du déclenchement de l'insuffisance coronarienne ou du moins de ses manifestations cliniques.

b) M. K. est soumis à une accumulation d'épreuves qui peuvent faire penser à *l'acharnement d'un destin funeste.* Ce qui lui arrive est manifestement trop dur pour qu'il puisse garder sa vitalité intacte. Ce cas est peut-être caricatural. Ailleurs le rôle de la réalité pourrait paraître insidieux, mais ce qui importe c'est moins le caractère dramatique des

événements en soi que *leur résonance* dans un système de représentations auxquelles un sujet peut être attaché sur un mode *narcissique.*

c) Ce qui bouleverse M. K. c'est moins l'idée de perdre sa fille physiquement que de voir bafouée toute la confiance qu'il avait posée en elle. C'est dire le poids qu'il confère à une *conception idéalisée* de lui-même et des autres, d'autant plus vulnérable qu'elle se veut exigeante.

d) M. K. ne peut même pas manifester dans son corps l'angoisse qui le submerge : une telle incapacité, jointe à l'ingéniosité pragmatique et au souci de réalisme qui caractérisent ses compétences techniques, constituaient sans doute des *facteurs de risque coronarogène,* parallèlement aux facteurs de type biologique, par exemple le tabac.

e) M. K. voudrait récupérer à l'égard de sa santé la même *maîtrise* qu'il exerçait dans ses réalisations professionnelles et qui était pour lui une nécessité vitale. *L'idée d'avoir brusquement vieilli, d'avoir à se ménager physiquement,* l'insupporte et le décourage. Cette attitude pourrait à son tour retentir sur les complications ultérieures de l'infarctus et augmenter les risques de récidive, voire de mort subite, si elle devenait *démissionnaire* et si le patient cessait de lutter contre la force désorganisante qui s'est désormais individualisée dans son corps.

Observation n° 12

M. L. est un algérien de 27 ans. Il a fait à l'âge de 12 ans, un rhumatisme articulaire aigu mais n'a eu aucun problème de santé pendant son adolescence. A 19 ans, il se présente à une visite médicale obligatoire pour pouvoir devenir lutteur professionnel : il pèse alors 102 kilos et a la carrure de l'emploi. On découvre à cet examen un rétrécissement mitral qui implique l'éviction définitive de tout sport de compétition. M. L. essaye alors de suivre une formation de plombier mais pour gagner bien sa vie il doit monter constamment sur des échafaudages et faire des efforts physiques qui l'essoufflent chaque jour davantage. Une hémoptysie finit par l'alarmer et le décide à venir en France pour se faire opérer. On pratique une commissurotomie et les suites opératoires sont simples. On conseille cependant à M. L. de maigrir.

M. L. aura du mal à démarrer son régime mais à partir du jour où il s'y engage, il le fait avec acharnement et descend ainsi jusqu'au poids inquiétant de 42 kilos. C'est alors qu'il commence à ressentir un sentiment pénible d'étrangeté : il est mal à l'aise dans son corps, il perçoit en lui une violence qui l'étonne comme si une force occulte l'habitait et le guidait; il a l'impression qu'on le regarde dans la rue et qu'on se moque de lui.

Cette décompensation psychotique conduit à une hospitalisation en clinique psychiatrique mais entre-temps l'état cardiaque s'est aggravé : une fuite mitrale est apparue et un nouveau bilan conclut à la nécessité de remplacer la valve mitrale. Cette nouvelle indication opératoire effraie M. L. qui voudrait avoir la certitude d'une guérison définitive. Ses hésitations et son découragement entraînent une hospitalisation prolongée pendant laquelle il se livre à un comportement cleptomaniaque dont on a quelque difficulté à faire la preuve jusqu'au jour où les soignants décident d'avoir une explication avec lui. M. L. ne reconnaît pas ses délits mais se montre bouleversé et fait dans les minutes qui suivent une tentative de suicide particulièrement grave, par ingestion médicamen-

teuse, dont il sera rattrapé de justesse grâce à l'envoi immédiat en réanimation. L'inventaire par les infirmières des nombreuses valises restées dans ses placards, retrouve une quantité invraisemblable d'objets de toute sorte dont une partie correspond aux objets signalés comme volés par d'autres malades du service.

L'expérience douloureuse d'un séjour prolongé en réanimation transformera M. L. psychiquement : il se sentira brusquement revenu sur terre et ne ressentira plus de phénomène d'étrangeté; il demandera alors qu'on l'opère au plus vite pour pouvoir retourner auprès des siens en Algérie.

Cette observation suscite les réflexions suivantes :

a) La découverte par *hasard* de la valvulite rhumatismale, *l'impossibilité de donner suite aux premiers projets professionnels,* la gêne apportée par la maladie cardiaque à l'exercice de n'importe quel métier manuel, font l'effet, sur M. L., d'une *injustice* radicale à laquelle, malgré sa culture islamique, il n'arrive pas à se résigner.

b) L'échec de la première intervention accentue le *sentiment d'insécurité* devant l'avenir et l'impression *d'hostilité du destin.*

c) Les transformations profondes de l'image du corps devant l'idée d'un organe vital malade puis opéré, d'une surcharge pondérale privée brusquement de toute fonction, puis, dans un deuxième temps, d'une maigreur qui rend M. L. méconnaissable à un regard familier, sont *intégrées dans la thématique délirante* de la décompensation psychotique.

d) Le comportement cleptomaniaque d'appropriation impulsive d'objets plus ou moins utiles, s'inscrit dans ce contexte de pertes accumulées que M. L. n'arrive toujours pas à assumer : perte de sa santé, perte du métier rêvé et de l'illusion d'invulnérabilité qui y était associée, perte d'un poids impressionnant, c'est-à-dire, en fin de compte, d'une partie substantielle de son corps.

e) L'expérience de mort et de résurrection vécue dans le service de réanimation, constitue un « nouveau départ », dans la maturation de la personnalité de M. L. et dans ses rapports avec la réalité.

Observation n° 13

Mlle M. est une jeune étudiante en pharmacie, venue à Paris pour se faire opérer d'une valvulite rhumatismale. Ses parents qui vivent à l'étranger, n'ont pu se payer le voyage pour l'accompagner. Un vague cousin est là à Paris pour l'assister au cours de ces jours difficiles.

Mlle M. sait ce qu'on va lui faire : elle a des connaissances anatomiques suffisantes et on lui a donné, en français puisqu'elle parle cette langue parfaitement, les informations qu'on jugeait indispensables pour qu'elle sache à quoi s'attendre. Pendant la période pré-opératoire, Mlle M. se montre docile et coopérante. Elle n'exprime aucune inquiétude, ne se plaint pas, ne revendique pas. L'opération a lieu et réussit aussi bien qu'on pouvait l'espérer. On ne constate aucun trouble psychiatrique post-opératoire contrairement à ce qui arrive avec une relative fréquence chez les opérés du cœur.

Quinze jours après l'intervention, Mlle M. doit être transférée du service de chirurgie

dans le service de cardiologie, avant de partir en maison de convalescence. Au dernier moment cependant, la chambre de médecine n'ayant pu se libérer, on avertit la patiente qu'elle restera encore quelque temps en chirurgie. Le soir qui suit cette nouvelle, Mlle M. devient brusquement mutique et refuse de manger. Elle ne dort pas de la nuit. Le lendemain elle est encore plus réticente et il ne faut pas de sagacité particulière pour se rendre compte qu'elle délire. Elle dit qu'elle va mourir : on va même la tuer; elle entend sa mère et la cherche dans les chambres voisines.

Il faudra à Mlle M. plusieurs semaines de traitement neuroleptique, de présence chaleureuse et maternante et de verbalisation répétée par les soignants de ce qu'a pu être son vécu pré et post-opératoire, pour lui permettre de retrouver ses esprits.

Nous pouvons ici noter les éléments suivants :

a) Le niveau intellectuel élevé de la patiente, ses bonnes connaissances en anatomie, les *informations* communiquées en période préopératoire, *ne l'ont pas empêchée de délirer.* Si les conditions avaient été moins favorables, la décompensation aurait pu être encore plus précoce.

b) La survenue tardive du tableau psychiatrique écarte une complication neurologique liée aux conditions techniques d'intervention à cœur ouvert. La génèse des troubles paraît *essentiellement psychogène.*

c) L'isolement affectif, l'absence d'une présence familiale suffisante dans une période aussi critique ont contribué à ce que Mlle M. vive son intervention dans un *climat d'insécurité.*

d) Aucune crainte n'a pu être exprimée clairement par la patiente ni avant l'intervention, ni dans les suites immédiates. Et pourtant, on peut supposer que sa *peur de mourir* était permanente. Si une telle inquiétude n'a pu être verbalisée, c'est peut-être moins par manque de disponibilité de l'équipe soignante que par *peur d'influencer négativement l'efficience technique des chirurgiens et des infirmières* en leur communiquant des émotions dont ils n'auraient su que faire et qui auraient pu les gêner dans leur travail.

e) Le retard du transfert en médecine, interprété par la patiente comme le témoignage de son aggravation, a *donné libre cours à une angoisse accumulée sous tension depuis des jours et devenue explosive.* L'envahissement par une telle quantité d'angoisse avec une telle violence ne pouvait qu'ébranler chez Mlle M. les *repères* qui la reliaient à la réalité.

Observation n° 14

Mlle N. âgée de 20 ans, est suivie depuis l'âge de 4 ans pour une surdité discrète bilatérale et une hématurie microscopique : il s'agit d'une affection congénitale (syndrome d'Alport) dont on sait qu'elle aboutira un jour ou l'autre à l'insuffisance rénale. Elle perd sa mère à l'âge de 14 ans d'une évolution maligne d'une maladie de Recklinghausen, à la suite d'une exérèse d'un molluscum du cou. Peu avant sa mort, la mère aura le corps et même le visage recouverts de tumeurs molles, ulcérées aux points de

pression. Après ce décès, les liens entre Mlle N. et son père vont se resserrer. Celui-ci travaille à la RATP à Paris, mais dès sa retraite il rejoint avec ses deux filles la Corse d'où est issue l'ensemble de la famille. Mlle N. a commencé une formation de sténodactylo mais l'insuffisance rénale s'installe à toute vitesse et on la transporte en urgence à Paris pour être mise en hémodialyse chronique, à raison de 3 séances par semaine. Le père l'accompagne et ils partagent ainsi un petit appartement en centrant leurs conversations autour de la maladie et du rein artificiel.

Grâce à un heureux hasard, une occasion de greffe se présente quelques mois seulement après le début de l'hémodialyse. L'intervention donne entière satisfaction dans les suites immédiates, bien que Mlle N. ait constamment répété pendant la période de dialyse que la greffe ne marcherait pas.

C'est alors que le père sombre dans un état dépressif qui nécessite une hospitalisation. Quand il sortira de l'hôpital, au bout d'un mois, rééquilibré sur le plan de l'humeur, c'est sa fille qui commencera à se déprimer et à perdre confiance. Mlle N. sera très impressionnée par deux débuts de rejet qui entraînent une surveillance très étroite et une modification du traitement, sans compromettre l'avenir de la greffe. Pour Mlle N. rien ne va plus : elle est devenue morose, plaintive, pleurnicharde; elle est affolée par le fin duvet qui a poussé sur son visage et par les joues un peu soufflées par les corticoïdes, qu'elle vit comme une déformation honteuse, attirant les regards des passants. Jamais un garçon ne voudra d'elle et de toute façon elle ne pense ni à se marier ni à avoir un métier, puisqu'elle prétend que sa maladie est incurable et dit qu'elle va se tuer. Les menaces verbales de suicide se multiplient ainsi que des débuts de tentative qui contraignent le père à une vigilance accrue, jusqu'à aller passer la nuit dans le lit de sa fille, à lui tenir la main, pour la consoler et l'empêcher de faire un geste fatal. A plusieurs reprises, M. N. vient voir les médecins en leur disant avec un soupir blasé « elle m'a encore fait une bêtise! ».

Ce cas est exemplaire à plusieurs égards :

a) Il montre comment une *maladie physique survenant en plein développement* de l'individu et grevant les perspectives d'avenir, *influe sur l'organisation même de la personnalité* et la formation du caractère.

b) L'hémodyalise a été vécue par cette patiente sous le jour d'une *étroite dépendance* à l'égard de l'équipe soignante, poursuivant le type de relation qui s'était instaurée entre elle et son père, à la suite du décès maternel.

c) La réussite de la greffe confronte brusquement Mlle N. à la nécessité d'assumer sa vie d'adulte, son indépendance, des échanges affectifs diversifiés, alors qu'elle n'était *pas encore mûre* pour le faire et que personne ne l'y avait préparée.

d) La guérison de Mlle N. est vécue de part et d'autre comme une *rupture de la relation de complémentarité qui s'était nouée entre elle et son père* autour de la maladie. Celui-ci est d'ailleurs le premier à en subir le contre-coup par sa réaction dépressive.

e) La dépression offre en contre-partie à la patiente un moyen substitutif par rapport à sa maladie somatique, *d'exprimer sa revendication affective,* devrait-elle le payer du prix de sa vie.

f) La souffrance physique et morale est ici à la fois le prétexte au

rapprochement œdipien et la *barrière* qui s'oppose à une satisfaction érotisée véritable : elle représente également le tribut versé par Mlle N. pour atténuer la *culpabilité* qu'une telle relation pourrait engendrer.

g) Le souvenir de la vision de la mère avant sa mort n'est pas étranger aux sentiments de *dépersonnalisation* éprouvés par la patiente face au *bouleversement de sa propre image du corps* (présence de deux reins morts dans son ventre et d'un troisième rein étranger qui lui, est fonctionnel; gonflement des joues, pilosité accrue...).

h) Même dans des cas plus banaux, l'acceptation par le receveur du rein qui lui a été greffé, suppose un *travail laborieux d'adaptation et d'assimilation* visant à intégrer ce *corps étranger*, non seulement dans l'espace physique du receveur mais aussi dans son *espace imaginaire.*

Observation n° 15

Mlle O., âgée de 22 ans, présente depuis l'âge de 17 ans des syncopes de survenue brutale, qui entraînent une chute et durent chacune entre une minute et une heure. Depuis deux ans, ces manifestations se sont multipliées et ont eu des répercussions scolaires et professionnelles notables, en particulier le refus de titularisation d'un emploi à la Sécurité Sociale alors que de tout temps Mlle O. avait rêvé qu'elle serait assistante sociale.

Le premier malaise avait eu lieu pendant une courte convalescence après une intervention pour appendicite, peu de temps avant, une cousine de la patiente avait fait une tentative de suicide qui avait beaucoup remué la famille. La plupart des malaises récents sont survenus dans un climat de contrariétés, quand on refusait à Mlle O. ce qu'elle attendait ou qu'on se montrait trop autoritaire avec elle ou que, d'une manière générale, elle était elle-même confrontée à un conflit auquel elle ne voyait pas de solutions. Elle avait fait ces derniers temps la rencontre d'un ami et elle avait développé à son égard un sentiment amoureux malgré les avertissements de ses parents, qui voyaient cette liaison d'un mauvais œil, d'une part en raison de l'homosexualité du petit ami, d'autre part parce qu'ils considéraient qu'il était encore trop tôt pour que leur fille vive librement sa vie. Cette relation s'est d'ailleurs terminée par une rupture.

Dans diverses situations de contrainte, Mlle O. a présenté des « crises de nerfs » au cours desquelles elle crie, tape, injurie sans en garder de souvenir par la suite. Les malaises se sont multipliés alors que la patiente aménageait un studio près de son lieu de travail pour y vivre enfin seule, loin de ses parents.

Plusieurs bilans approfondis de syncopes ont déjà éliminé une cause organique, aussi bien neurologique que cardiovasculaire. Par contre, on a noté lors de certains examens cliniques, une élévation tensionnelle transitoire avec accélération du rythme cardiaque. La mère et la grand-mère maternelle ont une hypertension artérielle essentielle. Après la rupture avec son ami, Mlle O. a présenté une période d'aménorrhée de plusieurs mois. On a vérifié qu'elle n'était pas enceinte et un bilan gynécologique et hormonal n'a pas retrouvé d'anomalies majeures.

Mlle O. est une enfant unique, longuement attendue puisque la mère était stérile : elle ne s'était trouvée enceinte, après plusieurs années de mariage, qu'à la période précise où elle avait appris le décès accidentel de son frère, auquel elle était profondément liée. Mlle O. était née avec une persistance du canal artériel. On savait qu'il faudrait l'opérer vers 7 ans et pendant toute son enfance, on lui avait épargné et même interdit tout effort important de peur de fatiguer son cœur et de provoquer un malaise. L'inter-

vention avait réparé définitivement l'anomalie congénitale mais bien que Mlle O. n'ait pas été particulièrement malade pendant son adolescence, les parents reconnaissent l'avoir toujours « observée avec un microscope ».

Il faudra une longue période de dialogue de sourds et de mise à l'épreuve des soignants pour que Mlle O. accepte de faire le lien entre ses manifestations somatiques et ses difficultés affectives et puisse exprimer plus librement son agressivité sous forme de plaintes ou de reproches. Les malaises se tariront jusqu'à presque disparaître et la patiente reprendra un emploi administratif, réussissant même plusieurs concours de titularisation ou de promotion. Elle parviendra à vivre seule dans son studio mais se liera cette fois-ci à un garçon africain noir qui mène une double vie et qui la fera souffrir. Elle pourra parler de sa déception et les malaises ne se multiplieront pas à nouveau, mais de violents maux de tête de type migraineux la gêneront dans son travail alors que parallèlement son hypertension labile sera devenue permanente.

Cette observation permet de faire plusieurs constatations :

a) Un mécanisme d'*identification hystérique* semble en jeu dans la survenue du premier malaise. Ce mécanisme est incriminé dans les fameuses « épidémies » de syncopes qu'on peut parfois observer dans certaines classes de lycéennes ainsi que dans les séries de tentatives d'autolyse influencées par le geste *spectaculaire* d'un adolescent et par la *dramatisation* à laquelle il a donné lieu.

b) La conversion hystérique touche ici une fonction qui semblait prédestinée à réagir aux conflits du fait de son atteinte organique antérieure, ce qui pose une nouvelle fois le problème de la *« complaisance somatique ».*

c) Le symptôme apparaît lors de *situations conflictuelles les plus diverses,* ce qui lui enlève de sa spécificité. Sa relation constante avec une perturbation de la régulation émotionnelle l'inscrit dans le cadre d'une pathologie psychosomatique *fonctionnelle.* La syncope apparaît ici comme un *moyen de dérivation de la colère* et une façon d'échapper à un face à face trop contraignant. L'alternance des « malaises » et des « crises de nerf » témoigne d'une telle *équivalence* symbolique.

d) Une telle conception des syncopes (qui sont ici de type « vaso-vagal ») les rapproche du contexte dans lequel survient assez fréquemment une *épilepsie essentielle.* On serait tenté de dire que Mlle O., enfant précieuse et unique, sauvée plusieurs fois de la mort, et prenant dans l'imaginaire maternel le *relai d'un oncle mort,* répète à travers ses syncopes sa disparition si souvent appréhendée. On ne saurait cependant trop se méfier de cette *illusion de clarté* qu'offrent parfois les affections psychosomatiques grâce aux représentations qu'un thérapeute acharné peut parvenir à leur associer, pensant ainsi avoir *trouvé la clef de l'énigme!*

e) Qu'elle soit psychosomatique ou névrotique, la pathologie de Mlle O. s'installe dans une période où sa réussite professionnelle et ses réalisations affectives pourraient *la séparer enfin de sa mère. La dimension agressive d'une telle autonomisation est tempérée par des choix*

narcissiques et des choix d'objets, de type névrotique : le travail est investi comme un devoir plus que comme une source de plaisir, la patiente voulant offrir aux autres l'assistance dont elle a bénéficié depuis sa naissance en raison de sa maladie; les hommes auxquels elle s'attache constituent à la fois un défi au conformisme parental et un compromis qui rend improbable une liaison définitive.

f) L'abandon d'une certaine forme de somatisation au profit d'une plus grande maturité affective et d'une meilleure capacité de liaison des pulsions, *ne parvient pas à éviter une forme différente de désorganisation somatique,* à travers les migraines et l'hypertension artérielle. Ces manifestations sont malgré tout *plus acceptables socialement* que les syncopes répétées et de fait, elles n'empêchent pas Mlle O. de réaliser plusieurs de ses projets : elles représentent cependant la *marque organique indélébile* de la victoire de la patiente sur ses inhibitions et de l'acharnement qui a été le sien dans sa volonté d'affirmation.

g) Quant à *l'aménorrhée transitoire,* elle réalise un symptôme dont la signification est ambiguë et le mécanisme obscur. Si elle peut être considérée d'un côté comme un *refus de féminité,* elle est par ailleurs le *stigmate essentiel de la grossesse* et on doit remarquer qu'elle survient ici en réaction à la première rupture affective sous la pression des parents. Effet de *modifications endocriniennes réversibles,* à la fois *trouble* émotionnel et support d'une symbolisation, l'aménorrhée paraît à cheval entre une pathologie hystérique et une pathologie psychosomatique.

Observation n° 16 (*)

M. P. est un ingénieur de 54 ans qui souffre depuis 5 ans d'un psoriasis rebelle. A vrai dire, on a du mal à lui donner un âge en raison de son visage poupin, de son aspect dodu, de son costume avachi. « Tout » a été déjà tenté pour son affection cutanée, et s'il se rend à une nouvelle consultation médicale c'est découragé, sceptique, blasé. Grâce à des prodiges de diplomatie, on réussit malgré tout à lui faire accepter un nouveau traitement et une hospitalisation, et on met à profit cette dernière pour mieux connaître sa biographie et le contexte dans lequel sa maladie s'est déclenchée. Quand M. P. sort de l'hôpital, son psoriasis est pour la première fois en rémission complète.

Ce patient est un enfant unique. Son père est décédé quand il avait 4 ans et sa mère en est restée longtemps inconsolable. Il se souvient qu'elle était à l'époque toujours habillée de noir; il se souvient également des bains qu'elle lui donnait souvent, car c'était une maniaque de la propreté, et des interdits alimentaires avec lesquels elle finissait par l'exaspérer. Quand il avait eu 7 ans, elle s'était pourtant remariée avec un militaire de carrière, qui était encore plus autoritaire qu'elle : le patient devait l'appeler « Monsieur » et lui faire un salut militaire avant de lui adresser la parole!

A l'âge de 13 ans, il perd sa mère d'une tumeur cérébrale, est mis en pension et

(*) Nous devons cette observation ainsi que certaines réflexions qu'elle a suscitées à l'obligeance du Dr Sylvie CONSOLI MANESSE.

devient de plus en plus sauvage et taciturne. Ses relations féminines seront essentiellement platoniques. Pour mieux supporter sa seule grande déception amoureuse il recourera à l'alcool ainsi qu'à une polyphagie qui sera responsable d'un diabète non insulinodépendant.

C'est à 49 ans qu'il se trouve confronté à une relation particulièrement conflictuelle avec un supérieur hiérarchique, qui le traite comme un chien et lui donne envie de « lui rentrer dedans ». Dans son sommeil, il rêve que des hommes forcent la porte de son appartement. C'est alors qu'apparaît le psoriasis, débutant par une localisation inhabituelle, au niveau du sillon interfessier.

La guérison du psoriasis s'accompagne paradoxalement d'un intense syndrome dépressif. Du coup la tendance alcoolique s'exagère. M. P. a l'impression de sortir de prison et d'être livré à des difficultés devant lesquelles il se sent désarmé. Dans les semaines qui suivent apparaissent sur tout le corps, notamment sur les zones visibles, des excoriations névrotiques, conséquence de gestes de grattage et de manipulation traumatisante de la peau. Mais en comparaison de la gêne induite par son psoriasis, M. P. pense avoir « gagné au change ».

Le cas de ce patient nous apprend plusieurs choses :

a) Le psoriasis qui apparaît ici tardivement, *empêche M. P. de se sentir à l'aise dans sa peau* et lui rappelle constamment qu'il a une *surface corporelle fragile* dont il se doit de prendre soin comme jadis la mère à son égard, pendant son enfance.

b) Cette gangue qui l'enserre, cette *double peau* qui fait l'effet d'une mue qui n'en finit pas, est un *prétexte à une quête médicale* et à une demande de contacts cutanés, tout en restant un *écran qui met l'autre à distance.*

c) La localisation cutanée de l'affection est peut-être le résultat d'un déterminisme complexe où intervient éventuellement la vulnérabilité d'un organe corporel ayant joué un rôle fondamental dans la constitution de la personnalité et dans la *séparation dedans-dehors. La topographie de la lésion initiale pourrait faire penser à un choix symbolique, selon un mécanisme proche de la figuration hystérique, en rapport avec la rivalité homosexuelle* qui déclenche la décompensation psychosomatique, cette rivalité s'étayant à son tour sur les affrontements infantiles avec le beau-père. C'est là un problème qui se pose constamment en dermatologie psychosomatique, la peau représentant plus que tout autre organe corporel un espace dont chaque lieu peut être investi d'une signification particulière et être offert au regard de l'autre. On sait qu'on a pu provoquer *sous hypnose* des lésions cutanées de type caustique ou purpurique dans les zones précises qui avaient été désignées par suggestion.

d) M. P. est *insuffisamment organisé* pour supporter des situations de perte. Ses réactions appartiennent essentiellement à une *pathologie du comportement, notamment alimentaire.* C'est au moment où la guérison du psoriasis confronte M. P. à sa solitude et à la menace de pertes nouvelles, ne serait-ce que celle de sa thérapeute, qu'il recourt une nou-

velle fois à une défense de comportement, cette fois-ci à travers la gestuelle et la *décharge motrice de la mutilation cutanée.*

e) Les excoriations signent l'échec des mécanismes de défense alimentaire mais en même temps *permettent de tenir l'objet à distance* alors que l'alcool ou l'ingurgitation boulimique avait pour résultat d'incorporer imaginairement l'objet. Par l'attaque de sa peau, le patient s'arrange pour maintenir un processus morbide sur sa surface cutanée : il continue à être ainsi l'objet de soins vigilants mais *il n'est plus une victime impuissante de sa maladie puisqu'il en est désormais lui-même l'auteur.*

Observation n° 17

M. Q. est un homme de 37 ans, hospitalisé pour un bilan d'hypertension artérielle. Celle-ci a été découverte il y a deux ans. Sa deuxième femme était alors enceinte de huit mois : à la suite d'une chute avec traumatisme abdominal, elle avait été mise en observation, en milieu hospitalier, car on craignait pour l'enfant. C'est dans ce contexte que M. Q. avait présenté dans un autobus un malaise soudain avec impression d'étouffer. La tension artérielle prise à cette occasion était de 17/11, mais vu l'accouchement proche de sa femme, M. Q. avait refusé d'être hospitalisé pour un bilan. Plusieurs malaises comparables avec une forte participation anxieuse s'étaient reproduits dans des moyens de transport.

L'enfant était né normalement mais dans les mois qui avaient suivi, les parents de la femme, qui trouvaient M. Q. beaucoup trop instable et qui lui reprochaient de ne pas être de la même religion que leur fille, s'étaient arrangés pour récupérer cette dernière. M. Q. s'était retrouvé une nouvelle fois tout seul, sans enfants, et sans avoir bien compris les raisons de ce nouvel échec : sa première femme était en effet partie avec leurs deux enfants, n'ayant pu accepter que M. Q. la trompe avec des amies de rencontre.

Dès qu'il avait obtenu son brevet industriel, à 19 ans, M. Q. s'était engagé dans l'armée attiré par les possibilités de rémunération immédiate, mais aussi par l'action et l'aventure. C'était l'époque de la guerre d'Algérie. Au bout de 3 ans, avec l'argent mis de côté, il s'était acheté un premier garage, puis, comme les affaires marchaient bien, un deuxième, et s'était vite laissé griser par le succès et les tentations de vie facile que lui permettaient ses gros bénéfices; il faut dire qu'il n'hésitait pas à falsifier ses factures et à soudoyer les experts des assurances qui collaboraient avec lui. Les sorties nocturnes fréquentes avaient favorisé un alcoolisme d'entraînement, semi-mondain, ainsi qu'une alimentation excessive et trop riche en graisses d'où une obésité avec troubles du métabolisme lipidique. Le recours à l'alcool et à une suralimentation avaient été aussi un moyen efficace de supporter l'échec du premier mariage et de ne pas se déprimer.

Tout au long du séjour hospitalier actuel, M. Q. se montre indiscipliné et revendiquant; il ne respecte pas les règles de vie collective et fait preuve de mépris à l'égard des infirmières, quand il ne les injurie pas. Par contre, il est docile et obséquieux vis-à-vis des médecins se laissant aussi facilement impressionner qu'il essaye de son côté d'impressionner ceux qu'il considère en position d'infériorité. Il a toujours été un « casse-cou », fonçant en avant dès que les difficultés se profilaient à l'horizon, n'hésitant pas à prendre des risques et à provoquer la bagarre en premier, de peur de se laisser surprendre ou de se faire avoir, ne supportant pas d'être frustré ou humilié et pouvant alors se montrer impulsif et violent.

Cette observation complète les cas précédents grâce aux constatations suivantes :

a) Une nouvelle fois *les défenses comportementales s'avèrent inefficaces* pour permettre à un patient d'encaisser sa situation d'échec affectif. M. Q. *se fait avoir* comme un nigaud contrairement aux bonnes habitudes qui lui permettaient de duper ses partenaires dans une attitude modérément mais incontestablement *délictueuse.*

b) L'agressivité infiltre ici le comportement et n'est pas réprimée comme dans d'autres observations : mais elle se décharge sur le mode du *passage à l'acte,* avec impulsivité et sans nuances; or le passage à l'acte témoigne, au même titre que la pathologie psychosomatique, d'une *difficulté à médiatiser le conflit* au moyen de défenses mentales.

c) La pathologie du comportement s'inscrit dans une *pathologie du caractère* donnant à voir les *formations réactionnelles* qui ont permis à M. Q. de lutter contre sa nature timide, sa peur de voir l'autre souffrir, sa crainte de se sentir désarmé.

d) C'est sur un tel fond phobique qu'éclate une décompensation névrotique brutale, lorsque M. Q. est brusquement paniqué par l'état de santé de sa deuxième femme et par l'idée qu'il pourrait perdre ce nouvel enfant alors que les deux autres sont partis depuis longtemps avec sa première femme. Cette décompensation évoque une *névrose d'angoisse* avec constitution d'une *phobie des moyens de transports.*

e) La *structuration* des symptômes phobiques est *fragile* et fugace puisqu'ils ne suffisent pas à parer aux décharges émotionnelles et *qu'une hypertension artérielle permanente se constitue à bas bruit.*

Observation n° 18

M. R. est un homme d'une trentaine d'années. Il occupe un poste de responsabilité dans une entreprise commerciale et aime son métier qui l'entraîne dans de fréquents déplacements. C'est lors d'une visite médicale systématique qu'on lui découvre une tension artérielle élevée. Il ne se plaint alors d'aucun trouble fonctionnel et on ne note aucun antécédent pathologique dans son passé.

Cette découverte de dépistage donne lieu à un bilan étiologique approfondi dans un service spécialisé, qui se révèle négatif. On conclut alors qu'il s'agit d'une hypertension artérielle essentielle du sujet jeune. Quelques variations sont notées selon les conditions d'examen en fonction de l'émotivité du patient. Le retentissement viscéral est nul. Les chiffres tensionnels ne donnant pas lieu à une inquiétude particulière, on décide d'entreprendre pendant un an et avec l'accord du patient, un traitement en double aveugle, randomisé selon un protocole expérimental précis : chaque mois, M. R. prendra les médicaments contenus dans une boîte numérotée, strictement identique en apparence à toutes les autres boîtes, et ni lui ni les médecins ne sauront s'il s'agit d'un produit à visée antihypertensive ou d'un placebo. La tension artérielle est prise par un généraliste tous les 15 jours. Le décodage des résultats est fait au bout de cette année et il ressort alors d'une manière statistiquement significative, que le médicament antihyper-

tenseur est plus efficace que le placebo. On propose dès lors à M. R. de prendre régulièrement le médicament dont l'efficacité a été prouvée.

Dans les quinze jours qui suivent le début de cette nouvelle phase thérapeutique, apparaissent des signes fonctionnels qui n'avaient jamais été notés au cours de l'année précédente. M. R. accuse des sensations bizarres dans ses membres, des épisodes de contractions musculaires, des vertiges, des trémulations des extrémités. Rapidement, une grande angoisse l'envahit. Bien que ses médecins le rassurent, il se lance avec impatience dans la lecture d'ouvrages médicaux. Il trouve ainsi que les signes qu'il ressent coïncident avec ceux de maladies graves pouvant conduire à l'invalidité et même à la mort. Une méfiance s'installe à l'égard de ses thérapeutes : soit la recherche étiologique de l'hypertension a été incomplète, soit on est passé à côté d'une maladie associée. Apparaissent alors de fortes crises d'angoisse et une insomnie. M. R. voudrait que l'on pratique un nouveau bilan organique mais le responsable de sa tension artérielle l'adresse à un confrère psychiatre pour prendre en charge les troubles psychologiques qui ont gagné le premier plan du tableau clinique.

M. R. a perdu son père d'un cancer lorsqu'il était âgé de 17 ans, à une époque où ils commençaient à avoir ensemble des activités communes intéressantes et des discussions d'adulte. Il a été désigné dès lors pour jouer le rôle de soutien familial et gérer les biens de la famille. Sa mère s'est appuyée sur lui en toute confiance. Elle est encore vivante, habite en province et le patient lui a caché ses ennuis de santé, voulant la mettre à l'abri d'une inquiétude inutile.

M. R. est marié depuis plusieurs années. Sa femme travaille également dans une branche commerciale et est satisfaite de sa profession. Le couple n'a pas d'enfants. En fait, pendant les premières années Mme R. a utilisé un moyen contraceptif qui s'est trouvé contre-indiqué par la suite. C'est là que le couple a été surpris de l'absence de toute grossesse malgré l'arrêt de la contraception. Un bilan a été entrepris chez Mme R. qui a conclu à une anomalie gynécologique opérable. En même temps, comme devant tout problème de stérilité, un spermogramme avait été demandé chez M. R. dont le résultat est revenu anormal alors que la décision opératoire était déjà prise pour sa femme. C'était l'époque du dépistage de son hypertension artérielle. Depuis lors la vie sexuelle du couple a été complètement perturbée. Mais l'un et l'autre reconnaissent qu'étant donné la bonne entente du couple et l'engagement des deux conjoints dans le travail, il n'y avait pas dans leur vie actuelle beaucoup de place pour un enfant.

M. R. est un homme élancé, élégant, bien élevé, soucieux de sa présentation. Ses paroles sont pondérées et il évite de se mettre en colère. Sa femme le soutient beaucoup dans cette période difficile. Lui aussi s'était montré très présent et affectueux lorsque sa femme devait subir des bilans gynécologiques fastidieux puis l'intervention pour stérilité. Ils donnent tous les deux l'impression de tenir beaucoup l'un à l'autre.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue :

a) M. R. se décompense lorsqu'il comprend, à la manière d'un *verdict inexorable,* qu'il est définitivement hypertendu et qu'il devra *dépendre toute sa vie d'un médicament antihypertenseur.* Cette idée redouble la blessure narcissique éprouvée lors de la mise en question de sa fécondité qui a pu elle-même avoir un rôle inducteur dans l'élévation tensionnelle.

b) M. R. qui a toujours été soucieux de son image, offre désormais à ses thérapeutes, à travers la prolifération de ses dysesthésies de type hystérique, *la mise en scène répétée de sa castration imaginaire.* Mais cette expressivité ne le conduit pas à s'abandonner au bon vouloir de

son interlocuteur, puisqu'il tient à *garder,* comme tout hypertendu qui se respecte, *la maîtrise de la situation et de ses remaniements corporels.*

c) A travers sa symptomatologie, M. R. sollicite de sa femme la même disponibilité dont il a fait preuve à son égard lors des péripéties gynécologiques. Sa maladie devient ainsi un *moyen de pression* sur l'autre, mais aussi un *moyen de retenir l'autre auprès de soi.*

d) La notion de la stérilité de sa femme était peut-être pénible mais ne remettait pas en question l'idée du statut que le patient pensait tenir à ses yeux. *La nouvelle du spermogramme pathologique* alors que sa femme allait pouvoir redevenir féconde grâce à une intervention, *renversait totalement la situation du couple.* Il n'est pas exclu d'ailleurs que la situation de stress ait joué un rôle perturbateur sur les résultats du spermogramme.

e) Devenir le partenaire stérile du couple, c'était être susceptible de décevoir l'autre, envier un rival virtuel qui serait mieux doté par la nature : c'était par conséquent vivre dans *la crainte d'un abandon.*

f) Dans ce couple totalement absorbé par le travail, où chaque membre assume un rôle de protection et de réassurance de l'autre, la *stérilité* est une affaire qui concerne inévitablement les deux partenaires. Il n'est pas rare, dans de tels couples où la *venue d'un enfant,* souhaitée explicitement, est ressentie comme une *source de déséquilibre et de soucis,* que la stérilité de l'un prenne le relai de la stérilité de l'autre. Cette situation n'est cependant pas généralisable et pose le problème de *la réponse attendue de la part du médecin* lorsqu'un couple réclame sa fécondité par des moyens artificiels, plus ou moins sophistiqués.

Observation n° 19

M. S. est un homme de 28 ans. Il a été transporté en urgence à l'hôpital trois ou quatre fois depuis quatre ans pour des crises de tachycardies. En dehors de ces crises catastrophiques s'accompagnant d'une impression de mort imminente, il existe des palpitations fréquentes et des douleurs thoraciques erratiques sans signes cliniques ou paracliniques évocateurs d'une insuffisance coronarienne. La tension artérielle est normale, malgré une systolique parfois élevée, mais le pouls est souvent rapide et M. S. a pris l'habitude de le tâter plusieurs fois par jour : quand son rythme cardiaque dépasse un certain seuil, il s'installe un cercle vicieux (tachycardie, angoisse, tachycardie), qui se termine souvent par des douleurs ou des malaises. M. S. poursuit son travail à la R.A.T.P. et ne veut pas être pris pour un tir au flanc. D'origine provinciale, il est monté à Paris il y a 7 ans, s'y est vite adapté, s'est marié aussitôt et a une fille de quatre ans.

Il y a dix ans, il a eu un accident de voiture assez grave en rentrant d'un bal (c'est un collègue qui conduisait), mais il y a eu plus de peur que de mal. Sa vie actuelle est assez banale, sans conflits particuliers. On apprend malgré tout, en fin d'entretien, que peu avant sa première crise de tachycardie, il a été confronté à un événement assez traumatisant. Il avait dû en effet, à l'époque, enterrer une grand-mère. Comme le caveau

familial avait pris l'eau et était dans un état de putréfaction indescriptible défiant toute bonne volonté pour l'évacuer, c'était lui qui s'était proposé pour réaliser cette tache ingrate. Il en a gardé encore un souvenir particulièrement net, et il en avait même rêvé sous forme de cauchemars répétitifs pendant les premiers mois qui avaient suivi cette épreuve. La crise tachycardique était survenue un mois après, alors qu'il se rendait sur un chantier dans une voiture conduite par un collègue.

M. S. a toujours eu peur de la mort. Bien que cordial avec ses amis, il aime bien être seul et étouffe quand il y a foule. On vérifie une nouvelle fois l'absence d'une affection cardiaque et on élimine une hyperthyroïdie. On prescrit alors à ce patient des bétabloquants et des anxiolytiques, ce qui a un effet appréciable sur les palpitations alors que les précordialgies persistent. Il s'accroche cependant aux rendez-vous de consultation et semble soulagé qu'on puisse écouter ses plaintes sans le renvoyer d'une manière expéditive et sans le rassurer artificiellement. A son travail et avec sa femme, il n'ose plus parler de ses symptômes : on n'y fait plus attention.

Bientôt il reprend son entraînement sportif du week-end qu'il avait arrêté par peur d'une défaillance cardiaque. Il a constaté lui-même que lors d'un effort physique agréable il en venait à oublier totalement ses symptômes. Progressivement, il arrêtera toute chimiothérapie mais gardera en permanence sur lui deux à trois comprimés de tranquillisants pour pouvoir parer à une crise éventuelle.

Ce cas précise plusieurs notions :

a) M. S. présente ce qu'il est convenu d'appeler, par un terme plutôt impropre, une *névrose cardiaque. Ses manifestations restent dans le domaine de la pathologie fonctionnelle* et ne comportent aucun caractère inquiétant quant à une évolutivité organique. L'appréhension de celle-ci reste cependant la principale source de l'inquiétude du malade et la motivation essentielle de la plupart de ses consultations.

b) Malgré la présence de quelques traits phobiques (notamment agoraphobiques), *M. S. n'est pas à proprement parler un névrosé, et sa désorganisation somatique est liée à un brusque déversement émotionnel* ne trouvant pas de contenant suffisamment solide pour le contenir. La pathogénie évoque ici « l'actualité » des origines de la *névrose d'angoisse,* par opposition aux racines infantiles de la névrose hystérique, ainsi qu'un mécanisme comparable à celui de la *névrose traumatique.*

c) La symptomatologie n'apparaît pas toutefois immédiatement après le traumatisme constitué par l'enterrement de la grand-mère, mais à l'occasion d'un déplacement en voiture survenu peu après et qui plonge M. S. dans un *climat d'insécurité en ravivant le souvenir d'un traumatisme plus ancien.*

d) Bien que ne touchant pas aux causes profondes de la perte de confiance en soi, l'effet bénéfique de la *chimiothérapie* sur une partie des symptômes, a comme conséquence de *désamorcer le cercle vicieux de l'angoisse* et de permettre au dialogue avec le thérapeute de se développer dans des directions nouvelles.

e) L'amélioration survient très progressivement, après une longue

période de mise à l'épreuve de la disponibilité et de la patience du thérapeute, pendant laquelle le malade parvient à se désaisir de ses symptômes sans perdre la face.

f) L'effet de réassurance magique de la détention sur soi de quelques comprimés de tranquillisants évoque le *rôle de l'objet transitionnel* lors du développement psychoaffectif de l'enfant : objet substitutif de la mère (et du thérapeute) mais aussi objet personnel et personnalisé, qui permet d'être moins seul et *d'exorciser l'angoisse de séparation.* On sait par ailleurs la difficulté à faire prendre à certains malades présentant des tendances phobiques, des médicaments qui leur donnent l'impression de ne plus maîtriser leurs sensations corporelles.

Observation n° 20

Mme T., âgée de 33 ans, a accouché il y a quelques mois de son premier enfant. Sa grossesse a été difficile : dès qu'elle était enceinte, elle a eu peur de perdre cet enfant. C'est en fait sa 3e grossesse en huit ans de mariage. A la première, elle avait fait une fausse couche à deux mois, sans qu'on n'ait pu en déterminer la cause. Même chose pour la deuxième, quatre ans plus tard, cette fois-ci, à la suite d'une toxoplasmose. Puis quatre ans après, elle était de nouveau enceinte. A deux mois, toujours, elle avait eu des pertes qui avaient nécessité un traitement antibiotique puis tout était rentré dans l'ordre bien qu'elle ait beaucoup vomi au début de ces trois grossesses.

Peu de temps après avoir annoncé à ses parents qu'elle était enceinte pour la troisième fois, le père avait fait un trouble du rythme subit, bien qu'indemne de tout antécédent cardiaque. Dès le 4e mois de sa grossesse, Mme T. avait eu des contractions et au 7e mois on lui découvrait pour la première fois une tension anormalement élevée, qui impliquait un traitement approprié. On l'avait par la suite obligée à tenir le lit car le fœtus ne grossissait pas assez et elle avait accouché à 8 mois, en une heure de travail, d'un enfant hypotrophique. Elle aurait voulu l'allaiter elle-même pour qu'il grossisse plus vite, mais on le lui avait déconseillé : cela ne l'a pas découragée puisqu'elle est arrivée à le nourrir tant et si bien qu'il pèse à trois mois nettement plus que la moyenne à cet âge.

Mme T. est une fille unique. Elle aurait bien aimé avoir des frères et sœurs, mais elle était aux dires de sa mère, tellement malade et rachitique pendant son enfance, que la mère n'avait plus voulu avoir d'autres enfants pour ne pas renouveler une expérience aussi éprouvante. Elle a gardé avec sa mère, âgée de 53 ans, des relations de confiance et de camaraderie. Elle n'arrive cependant à rien dire du père, et parle de son mari en disant qu'il est « gentil ». Celui-ci l'a aidée pendant sa grossesse difficile, mais n'a pas voulu assister à l'accouchement alors qu'il l'aurait pu, car il est beaucoup trop sensible.

Mme T. n'a préparé le trousseau du bébé qu'en fin de grossesse. Les prénoms n'ont été choisis, eux aussi, que peu de temps avant l'accouchement. Mme T. n'avait pas de préférence pour une fille ou un garçon, alors que son mari préférait une fille; elle ne pouvait se figurer son bébé et avait du mal à faire des projets pour lui. Elle a choisi du bleu pour ses vêtements sous prétexte qu'elle n'aime pas le rose : on peut noter toutefois qu'elle est justement habillée en rose le jour de sa consultation. Elle a eu en définitive une fille.

Cette dernière observation ouvre toute une série de questions :

a) Le climat dans lequel avait été inaugurée la troisième grossesse, le souvenir des deux fausses couches, le petit incident de parcours à la date fatidique de deux mois associé à la crainte des conséquences fœtales du traitement antibiotique, *prédestinaient cette grossesse à être « difficile ».*

b) Mais ce serait esquiver hâtivement le problème que de prétendre que les diverses complications qui ont émaillé cette troisième grossesse, sont simplement le résultat de l'anxiété excessive de Mme T. La question peut être retournée et *l'on peut se demander s'il n'existe pas chez cette patiente une difficulté plus profonde à assumer un projet de maternité et si les complications récentes ne sont pas le prix qu'elle doit payer pour mener à bout un projet incertain.*

c) En étant enceinte de son enfant, Mme T. se trouve à une génération de distance, dans la position de sa mère quand celle-ci était enceinte d'elle. Elle doit *relever le défi* d'arriver à faire un beau bébé alors qu'elle a été elle-même longtemps malingre et chétive. Cet enfant, qui est toujours plus ou moins l'héritier de *l'enfant de l'Œdipe,* renvoie plus que jamais, dans le cas de Mme T., à une relation avec le père mal intériorisée. Si l'évocation du père ne permet à Mme T. de rien en dire à un tiers, la communication de la nouvelle de sa grossesse ne manque pas de *faire de l'effet sur le père.* Face à ce dernier, le mari fait triste figure et apparaît comme une personnalité assez fragile, incapable d'offrir à Mme T. pendant sa grossesse, un soutien rassurant.

d) L'importance des *vomissements,* lors de chaque grossesse, quelle que soit la facilitation hormonale, peut être une tentative de représentation par un symptôme corporel du *rejet inconscient* dont le bébé est l'objet, dans le cadre d'un investissement *ambivalent* de ce projet d'enfant.

e) On peut évoquer un mécanisme analogue pour la *perception gênante de contractions* dès le quatrième mois de grossesse, bien qu'ici les effets n'en soient pas purement *symboliques* mais *réels* puisque les contractions peuvent aboutir à une expulsion prématurée.

f) La survenue d'une hypertension artérielle alors que la surveillance médicale régulière a permis à cette grossesse de se poursuivre, impliquerait un *mécanisme de décharge du conflit, moins univoque et moins réversible* que les précédents et dont la mère, aussi bien que l'enfant, peuvent faire les frais. On sait que certaines toxémies gravidiques représentent un mode de début d'une hypertension récidivante ou même permanente.

g) L'hypotrophie fœtale, qui peut être en rapport avec l'hypertension, bien que la première puisse exister sans la seconde, achève de témoigner de la difficulté à mener cette grossesse à son terme. *La durée du travail*

reste cependant assez courte et Mme T. se montre prête à investir cet enfant *dès qu'il se concrétise* à ses yeux, alors que toute *représentation imaginaire* de l'enfant lui a été impossible tout au long de sa grossesse. Bien qu'aussi malingre qu'elle l'était elle-même pendant son enfance, il rattrapera vite son retard grâce aux soins assidus de sa mère jusqu'à avoir des chances d'être un *futur obèse.*

h) Si Mme T. a fait plaisir à son mari en lui donnant une fille, elle n'en nourrissait pas moins *l'espoir secret d'avoir un garçon :* son choix des vêtements de l'enfant tendrait à l'indiquer. Mais de ce désir naturel elle n'a pu donner aucune formulation verbale en dehors d'une dénégation. Quoi qu'il en soit, elle est *quitte maintenant avec sa mère,* et l'on peut penser, assez raisonnablement, que si elle souhaite avoir un autre enfant, ce sera cette fois-ci un *projet plus personnel et moins ambivalent,* et par conséquent peut-être, une situation moins contraignante pour son bébé et pour sa propre santé.

Bibliographie d'orientation

BALINT M. – *Le médecin, son malade et la maladie,* P.B. Payot, Paris, 1966

ISRAEL L. – *Le médecin face au malade,* Dessart, Bruxelles, 1968.

CANGUILHEM G. – *Le normal et le pathologique,* PUF, Paris, 1966.

LERICHE R. – *La chirurgie de la douleur,* Masson, Paris, 1937.

MOOR L. – *Éléments de psychologie médicale,* (2 vol.), Expansion scientifique, Paris, 1977.

POROT M. – *La psychologie médicale du praticien,* PUF, Paris, 1976.

SCHWARZENBERG - VIANSON-PONTE P. – *Changer la mort,* Albin Michel, Paris, 1977.

8

LE MÉDECIN ET SA MÉDECINE

OBJECTIFS

. *Comprendre comment la subjectivité du médecin et son système de valeurs sont engagés dans sa pratique professionnelle.*

. *Comprendre pourquoi il est important pour un soignant de mieux connaître ses motivations à exercer son métier et comment il peut le faire.*

. *Savoir la complexité du rôle social attendu du médecin.*

. *Connaître les représentations culturelles du médecin qui influenceront les demandes à son égard et le rôle qu'on veut lui faire jouer.*

. *Connaître la portée dans la pratique médicale de la « fonction apostolique » du médecin et du recours au bon sens et savoir comment les utiliser au mieux.*

Nous avons déjà eu l'occasion d'insister sur les liens étroits existant entre la personnalité du médecin et sa façon d'exercer la médecine. La séparation ne peut être totale entre le technicien et l'homme. L'existence de ces liens, leur nature, leur importance seront variables selon les moments et les situations. Ils auront également des effets variables, bénéfiques s'ils favorisent l'empathie avec le malade et aident le médecin à trouver la relation juste; néfastes s'ils empêchent un jugement objectif, un diagnostic concret, la mise en œuvre des mesures thérapeutiques nécessaires.

L'exercice de la médecine sera donc pour chaque médecin peu ou prou *l'exercice de* sa *médecine.* Elle sera fonction de son apprentissage technique, de sa personnalité, mais également de la conception du rôle du médecin que se fait la société dans laquelle il exerce.

I. – REPRÉSENTATIONS CULTURELLES DU MÉDECIN ET DE SES RÔLES

Nous les avons souvent évoquées tout au long de cet ouvrage. Nous serons donc brefs à leur sujet. C'est généralement du point de vue du malade, au moins potentiel, que nous nous sommes placés pour en parler. Mais les représentations que le médecin se fait de son rôle participent largement des représentations ambiantes. Il peut s'y opposer, y adhérer sans critique ou avec plus de distance et de réserve, mais il en subit toujours l'influence.

Nous avons, notamment au chapitre introductif et au chapitre précédent, constaté l'importance donnée au médecin et à la médecine (et ce dans toutes les cultures) et montré combien le médecin est a priori investi de l'image que se sera formé le malade sous l'effet de la pression sociale et de ses besoins propres.

BREF RAPPEL HISTORIQUE DE L'IMAGE DU MÉDECIN

Si la médecine a maintenant une image scientifique, celle-ci fait suite à une longue lignée de thérapeutes qui remontent jusqu'aux temps où se confondaient médecine, divination et magie. Et si les images que nous allons évoquer peuvent paraître lointaines, il faut savoir qu'elles sommeillent plus ou moins enfouies, en chacun des malades et qu'elles sous-tendront la relation médecin-malade.

1. – LA CONCEPTION CHAMANISTIQUE DE LA MÉDECINE

Le médecin d'aujourd'hui prend la relève des guérisseurs et des sorciers – des chamans –. Pour comprendre ce rôle, il faut se souvenir que la maladie peut être perçue comme un châtiment (de façon très schématique évidemment) et qu'elle résulte de l'introduction dans le corps du malade d'un élément étranger mauvais (le sort, le mauvais génie) ou de la perte d'un élément intérieur bon (le bon « esprit »).

Le chaman va extirper du malade l'élément mauvais, ou au contraire, capturer et réintroduire l'élément bon. Mais pour arriver à cela, il faut qu'il maîtrise les forces du bien et du mal, qu'il ait fait un pacte avec les représentants du mal, et, dans de nombreuses cultures, si le chaman peut guérir il peut aussi jeter des sorts et rendre malade. Fait important le chaman est lui-même un ancien malade qui a dû et a su lutter pour échapper aux prises du mal. Pour guérir le malade, il faudra souvent le faire souffrir, parfois même le faire « mourir » pour le « ressusciter ».

En définitive, le chaman est familier des « forces de la vie » et des « forces de la mort », des « forces du bien » et des « forces du mal » et c'est par ces forces qu'il joue avec la santé et la maladie.

Ce côté magique persiste encore et bien souvent le malade est soulagé après le passage du médecin, car celui-ci a identifié « l'ennemi-maladie » il va s'en « charger » et le « vaincre ». Mais c'est justement ce côté magique, ce pacte avec ces forces redoutables, qui exige que l'on aborde le médecin avec réserve, prudence et même méfiance. La crainte et le respect profond de certains malades révèlent la face maléfique de l'image du médecin. L'homme qui peut faire du mal est toujours associé à l'homme sauveur.

2. – LA CONCEPTION SACERDOTALE

Nous ne nous attarderons pas au côté positif de la conception sacerdotale – schématiquement le chaman est plus proche du mal et le prêtre du bien; le guérisseur est, dans la plupart des religions primitives le marabout – le représentant du Dieu. Mais nous détaillerons les rapports sociaux entre le prêtre et le médecin. Comme lui, il officie dans les rites, ses vêtements sacerdotaux sont la blouse blanche, et le stéthoscope remplace l'amulette, son langage est également hermétique, et par certains côtés, la profession reste fermée et hiérarchisée.

Le médecin, s'il n'est pas le Ministre de Dieu est celui de la déesse Science, et celle-ci lui a octroyé, comme Dieu au prêtre, l'autorité morale. On viendra interroger le médecin aussi bien sur des problèmes sexuels, conjugaux, familiaux, ou sur le comportement des enfants, l'organisation de la vie quotidienne, que sur des questions purement

médicales. A partir de là, ses avis seront investis de sa valeur scientifique et de son pouvoir quel que soit le sujet traité. En d'autres termes, le pouvoir qu'il détient, repose sur le savoir qui lui est prêté par la société et par le malade qui n'est pas nécessairement identique à la réalité de son savoir technique, mais correspond au besoin humain de protection et de magie.

3. - LA CONCEPTION ACTUELLE DU MÉDECIN

Les aspects primitifs de la médecine permettent de mieux comprendre l'ambivalence développée à l'égard du médecin. Personnage prestigieux, qui possède le savoir, la faculté de guérir, c'est une autorité éclairée et aimante. Il est rassurant bien qu'absorbé par sa profession.

Mais nous l'avons vu, il est aussi inquiétant (car on le charge des secrets que l'on imagine, et on lui prête une toute puissance de caractère magique) et ceci suscite une certaine agressivité. Ainsi le malade lui reprochera volontiers de vendre son art, ce qui peut être une façon de lui reprocher de ne pas l'aimer gratuitement.

Inquiétant le médecin l'est aussi parce que le malade, comme tout être humain, a un certain nombre de secrets inavouables et qu'il craint que le médecin ne les mette à jour - ne serait-ce que les petits plaisirs qu'il peut prendre à sa maladie. Cette image de l'homme craint pour ce qu'il pourrait découvrir, est particulièrement nette pour le psychiatre.

Nous avons donné au chapitre introductif, un certain nombre d'exemples montrant comment *les succès de la médecine acquis grâce à sa rationalité et à sa scientificité accrues n'ont pas diminué l'irrationalité de la demande adressée au médecin.* Irrationalité qui s'exprime au niveau de chaque acte, y compris les plus technicisés, à partir du moment où il y a place pour les investissements du malade, c'est-à-dire pour son affectivité. Nous avions alors fourni les exemples de *l'effet placebo* des médicaments et celui des variations de *l'observance* des prescriptions.

Certes, au niveau du statut et du rôle que la société demande, consciemment, aux médecins de tenir, nous trouvons des caractéristiques logiques et rationnelles, telles celles relevées par Delay et Pichot :

- compétence technique,
- attitude universaliste : le médecin se doit de traiter telle personne quelle que soit sa nationalité, sa religion, etc.,
- la spécificité fonctionnelle : les privilèges, les obligations et les compétences du médecin ne sont valables que dans le domaine de la médecine. La médecine étant la seule institution en dehors du mariage, à donner accès à l'intimité physique et morale des personnes.

La contrepartie de ce privilège est le « secret professionnel »,
- la neutralité affective,
- l'attitude altruiste et désintéressée,

auxquels nous pouvons rajouter le *rôle social* : qui consiste à authentifier la maladie – la maladie ne rentrant dans l'ordre social qu'après la confirmation par l'institution médicale. Nous retrouvons là un des points fondamentaux signalé au chapitre précédent : le caractère normatif de la santé, les limites entre normal et pathologique que la société demande au médecin de trancher, dépendent directement du système de valeurs adopté par chacun. Un certain nombre de conflits actuels rendus inévitables par les limites financières de la nation, l'illustre bien.

Mais même indépendamment de ce problème des valeurs, au niveau de ces caractéristiques très générales, la subjectivité des médecins comme des malades s'exercera. C'est ainsi que la compétence technique n'est pas la qualité médicale mise le plus fréquemment en premier par les malades, lors des sondages effectués auprès d'eux. L'exemple de certains succès de médecins est d'ailleurs là pour le confirmer. De même l'expérience montre que l'interprétation de ces caractéristiques de leur rôle que nous venons de décrire et auxquelles tout médecin dit adhérer, varie en fait beaucoup avec les motivations de chacun.

II. – LES MOTIVATIONS DU MÉDECIN

1. – MISE EN GARDE

Il n'entre pas dans nos objectifs de dresser un catalogue complet des motivations à être médecin ou, plus généralement, à exercer une fonction soignante. Ce serait vain et sans intérêt. Une motivation, par définition reste une affaire essentiellement personnelle. Elle est la résultante d'une multiplicité de facteurs liés à la formation de toute personnalité et à notre métier. Elle ne peut se réduire à une donnée, pas plus qu'elle ne peut apparaître, dans sa vérité et sa force agissante, du dépouillement d'une série d'enquêtes.

Ce que nous nous proposons c'est d'offrir un éventail de données assez générales sur le type de motivations pouvant conduire à une fonction soignante. Nous ne le proposons pas comme vérité objective, mais comme incitation à la réflexion personnelle. En sachant bien que ce qui comptera dans l'exercice de notre profession ce sera l'usage que nous ferons de nos motivations, les attitudes et contre-attitudes qu'elles susciteront.

2. – QUELQUES DONNÉES STATISTIQUES

Une étude de Sambuc, à Marseille, portant sur un échantillonnage de 200 étudiants, a permis de classer, par fréquence décroissante, les motivations, qu'elles soient reconnues d'emblée ou apparues lors de l'entretien :

1) comprendre,
2) voir,
3) prestige de savoir,
4) besoin de contact,
5) prestige social,
6) soulager ceux qui souffrent,
7) attrait de l'argent,
8) besoin de se rendre utile,
9) attrait de la responsabilité,
10) attrait de la réparation,
11) profession libérale,
12) besoin de sécurité.

Il s'agit bien sûr de motivations manifestes, exprimées consciemment. Mais l'auteur a tenté, par une analyse factorielle, de dégager des facteurs motivationnels inconscients, susceptibles de regrouper plusieurs motivations manifestes :

- les 5 premières pourraient ainsi se rattacher à *la pulsion voyeuriste exhibitionniste* (désir de voir et de se faire voir);
- les 5 suivantes entreraient dans la cadre de *la pulsion sadique anale,* soit directement, soit par le biais de formations réactionnelles (attrait pour la responsabilité, réparer, soulager ceux qui souffrent);
- le dernier groupe pourrait enfin être considéré comme *l'intérêt socio-économique et personnel.*

Un travail de Missenard, également établi statistiquement, lui permet de dégager trois noyaux, définis par des corrélations étroites :

- intérêt humanitaire : désir de soigner, de guérir, de se dévouer, goût des contacts,
- intérêt scientifique : pour la biologie, les sciences expérimentales, humaines; intérêt scientifique théorique, c'est-à-dire un désir d'expérimenter, de transgresser, associé au goût du savoir, à la curiosité du corps, à l'envie de voir;
- statut socio-économique et personnel : intérêt pécuniaire, statut social, recherche du prestige, besoin de sécurité personnelle, qui, là aussi, est une raison moins importante, du moins au début des études. L'accroissement progressif de ces derniers paramètres au cours des études peut s'interpréter comme un remplacement de la

« motivation humanitaire » par une motivation plus commune au milieu médical et à notre société.

De nombreuses autres études arrivent à des conclusions assez semblables, avec toutefois quelques différences dans la fréquence et le classement, vraisemblablement dues aux conditions d'examen et de sélection des sujets interrogés. Elles gardent cependant en gros, la division en ces trois grands ordres de motivations.

3. – LES MOTIVATIONS INCONSCIENTES

Elles sont obtenues à partir de l'observation de médecins, ou d'étudiants en analyse, ou par une recherche approfondie sur quelques-uns d'entre eux.

Ce type d'étude arrive, ce qui n'est pas pour nous étonner, à la mise à jour de mouvements affectifs profonds, qui se relient assez étroitement aux trois catégories suivantes :

– *le désir de voir :* proche du désir de connaître déjà retrouvé dans la première catégorie de Sambuc (désir de voir et de se faire voir) et de l'intérêt scientifique de Missenard,

– *le désir de réparer :* correspondant à la deuxième catégorie de Sambuc, celle qu'il relie aux pulsions sadiques anales, et à l'intérêt humanitaire de Missenard,

– *le désir de pouvoir :* le troisième groupe de ces deux auteurs.

■ ***Le désir de voir ou de savoir.*** – Les principaux « tabous » de notre société sont liés au sexe et à la mort. Le médecin est le seul à pouvoir transgresser ces tabous. Tabous qui sont l'envers du désir de savoir et de connaître les choses du sexe et de la mort. Désir qui naît très tôt chez l'enfant et qui s'exprimera dès qu'il pourra parler.

L'enfant pose ainsi une multitude de questions, ce qui est une bonne façon d'éviter *LA* question, car il perçoit bien, malgré les réponses rationnelles de ses parents, qu'il y a là une « inconnue » qui transparaît dans l'évitement des questions, la gêne, l'humour maladroit.

En nous référant à la première partie de ce livre, nous pouvons rapporter ces questions à celles que se pose l'enfant sur ses origines et sur les relations qu'il y a entre ses parents (fantasmes de la scène primitive).

La représentation sociale de la profession médicale permet de penser qu'elle répond à ces questions. Elle permet de transgresser : le médecin voit ce qui est caché, les corps, les sexes et même les intérieurs; il peut toucher; il côtoie la mort (à ce sujet, notons l'attirance qu'ont tous les étudiants en médecine au début pour la mort : ils « doivent » voir la mort, qu'il s'agisse des cadavres dans la salle de dissection, ou de la

mort d'un patient dans le service; le « carabin » est d'ailleurs un insecte morticole).

Ainsi donc, le désir de voir et de savoir – moteur conscient de la recherche qui vise à trouver les clefs des énigmes sur la vie et la mort – est le rejeton socialisé d'un désir archaïque et refoulé de voir et de savoir pour répondre à un questionnement angoissant sur le sexe et la mort, et d'autant plus angoissant que les questions ne sont pas connues et ne sont pas formulables.

■ ***Le désir de réparer.*** – Il tire son origine du désir de réparer la mère qu'on aurait agressée; en d'autres termes de réparer les conséquences supposées de notre agressivité inconsciente, qu'elle ait été ou non extériorisée. Nous avons vu (1re partie, chapitre 2) que les premières expériences d'individuation et de reconnaissance de l'objet comme différent du sujet, se faisaient avec la haine. Cela donne lieu très tôt aux premières tentatives de réparation, racines de la culpabilité, dont la réussite est nécessaire pour l'acquisition d'un sentiment de confiance et de sécurité. Nous avions, alors, souligné l'importance de ces premières expériences pour la vie relationnelle future du sujet, leur intégration dans les échanges liés à la zone anale et leur rôle dans la formation du caractère. Les avatars de la vie, particulièrement les maladies et accidents survenant aux personnes aimées, peuvent à nouveau mobiliser les tendances réparatrices.

Mais le désir de réparation peut être aussi un désir de réparer la blessure narcissique que nous inflige la différence des sexes, ou plutôt l'incomplétude de notre propre sexe : la « castration »; en d'autres termes, de rendre moins insupportable notre imperfection et celle des autres. Les blessures, handicaps et autres causes d'infériorité que nous pouvons subir, solliciteront ce désir de réparation. Les pulsions sadiques sont très fréquemment provoquées par la pratique médicale (ponctions, interventions chirurgicales, prescription de médicaments pénibles ou de régimes contraignants...) mais elles sont licites, autorisées, limitées à un cadre bien précis, et précisément contrebalancées, donc rendues acceptables, par le désir de soigner, de réparer.

■ ***Le désir de pouvoir.*** – Nous ne nous attarderons pas ici sur le désir de puissance réelle (pouvoir moral, financier, politique) qui peut être interprété, entre autres, comme le rejeton socialisé (c'est-à-dire modelé par les impératifs sociaux et par la loi familiale) d'un désir infantile de toute puissance, désir de toute puissance sur la mère en annulant ce facteur contraignant qu'est le père, proche du désir de toute puissance sexuelle. Il se traduit, chez le médecin, par le désir de voir, de toucher, de pénétrer, d'agresser le corps de l'autre; désir de toute puissance aussi sur l'absence de la mère qui se transforme en désir de toute

puissance sur la maladie et sur la mort, quand la perte n'a pu être assumée grâce au travail de deuil.

■ ***Les motivations propres à chacun.*** – Au delà donc de ce fonds commun, pulsionnel, universel, on retrouve chez chaque médecin toute une série d'événements, de situations, de relations, qui auront influencé peu ou prou sa vocation. Ils agissent d'ailleurs en général en venant modifier, socialiser, refouler ces motivations puissantes.

Citons par exemple :

– le désir des parents d'exercer cette profession, ou le désir des parents des parents,

– le désir de pouvoir soigner un parent réellement malade, ou anxieux, voire hypocondriaque,

– le désir d'identification à un médecin dans la famille, ou à un médecin qui aurait guéri l'un ou l'autre des membres de cette famille, le médecin en question étant imaginé différemment selon le membre de la famille intéressé : par exemple celui qui est plus fort que le père lorsqu'il soigne la mère, celui qui rend la puissance au père, celui qui répare un frère que l'on aurait voulu agresser, etc.

Il s'agit d'exemples que l'on pourrait multiplier à l'infini, et où chacun retrouvera les siens.

■ ***« Le jeu du docteur ».*** – Il représente une bonne illustration des motivations que nous venons d'évoquer. Qui ne se souvient d'y avoir joué, ou d'avoir observé des enfants y jouant? C'est généralement avec une assez grande excitation, et volontiers en cachette, que le jeu se déroule; comme si les enfants pressentaient confusément ce qu'ils pouvaient y prendre de plaisirs interdits. Ceux-ci sont de deux ordres et paraissent nettement être à l'origine de l'excitation fournie par le jeu :

– *Un plaisir sexuel licencieux* lié au plaisir d'accéder à des parties du corps normalement réservées à l'usage intime. On peut d'ailleurs remarquer que le jeu du docteur s'associe fréquemment à celui du papa et de la maman qui appellent le médecin pour l'un des membres de la famille.

Nous avons déjà vu l'importance de la transgression des tabous dans l'image du médecin. Il s'agit plus exactement d'une « licence », car c'est une transgression « autorisée ». Le jeu du docteur est prétexte à de « petits jeux érotiques » pour lesquels les enfants perçoivent confusément qu'il y a interdiction et donc un risque de sanction. En s'identifiant au médecin, ils s'identifient au personnage qui a le droit de tout faire, puisque c'est la règle du jeu.

Cette image se retrouvera dans les connaissances en matière sexuelle, prêtées au médecin (qui, on le sait, restent mythiques : ce ne sont pas

l'anatomie, la physiologie ou l'endocrinologie qui apprennent la sexualité). Elle se retrouve aussi dans les légendes de salle de garde, dans tout le folklore médical et notamment dans l'humour (très centré sur la sexualité) ou dans les chansons paillardes.

– *Un plaisir sadique et de maîtrise* en général très lié au précédent. Le propre du médecin, dans ce genre de jeu, est en effet de faire des examens douloureux et de prescrire des traitements pénibles, aussi excitants d'ailleurs pour celui qui prescrit que pour celui qui subit et on assiste, le plus souvent, à une interversion des rôles. Ceci montre bien, une fois de plus, le fonds commun aux deux types de pulsion qui s'intervertissent par passage de l'activité à la passivité et par retournement contre soi selon la place occupée par les différents protagonistes de la scène dans le fantasme du sujet. Par la mise en acte de son fantasme par le jeu, l'enfant peut maîtriser une situation qu'il a dû généralement subir en s'identifiant à l'agresseur.

> Le lien de la situation médicale avec le corps, avec ce qui est caché et avec l'idée de pénétration (aiguilles; différentes voies d'exploration...) nous permet de comprendre la fréquence de l'association inconsciente de l'acte médical avec la sexualité.

■ ***L'organisation de ces différents désirs.*** – Ces grandes distributions, ou tendances du désir, représentent en fait un fonds commun à chaque individu. Mais on peut vraisemblablement penser que, d'une part elles trouvent dans la « vocation médicale » une issue possible, d'autre part que l'exercice médical les sollicite tout particulièrement. Cependant, au-delà de ces généralités, l'important demeure la manière dont chaque individu s'organise face à ces pulsions et l'issue qu'il leur trouve. Le résultat sera totalement différent si elles peuvent se sublimer dans un exercice professionnel qu'elles enrichissent et qui favorisera l'épanouissement de la personnalité, ou au contraire si la prégnance d'une connotation sexuelle importante devient une source de conflits dans l'exercice professionnel, entraînant des inhibitions ou une utilisation inconsciente du malade pour des satisfactions purement personnelles.

Les événements du passé, les désirs des parents, les identifications successives, auront été les agents de ces différentes modalités d'organisation, expliquant l'extrême diversité personnelle.

Par exemple, en fonction de son histoire personnelle, un médecin pourra ne pas supporter de voir son besoin de réparation mis en échec. Toute incertitude pourra le rendre particulièrement anxieux et le conduire à une pratique déraisonnable des examens complémentaires. De même, la persistance de symptômes ou de plaintes, sans support

lésionnel, pourra, de ce fait, lui être intolérable. La mise en échec de ses défenses pourra lui faire ressentir comme une défaite personnelle l'absence de guérison apparente et selon ses critères personnels, de son patient qu'il pourra être tenté de rejeter. C'est dans la mesure où tout notre comportement peut être marqué par nos motivations qu'il convient d'essayer d'en prendre connaissance. Nous ne les changerons pas nécessairement, mais les connaissant mieux, nous pourrons les relativiser et apprendre à en tenir compte dans nos relations avec les patients.

4. – LE RÔLE DES ÉTUDES

Il est frappant de constater l'évolution des identifications au cours des études médicales (Ph. Jeammet et coll.[*]). *Si l'identification au malade prédomine au cours du premier cycle, celle au médecin va aller croissant au cours du deuxième cycle.* C'est un des objectifs des études médicales que de permettre cette progressive acquisition de son identité de médecin.

Mais s'agit-il de l'acquisition progressive d'une véritable identité, ou bien d'un placage ou d'une formation réactionnelle? L'identification nécessite (1re partie, chapitre 2 et 3) un long processus de métabolisation psychique et d'intériorisation, mettant en jeu les fantasmes individuels, les modalités relationnelles du sujet avec son environnement et impliquant un maniement suffisamment souple des pulsions, de l'agressivité notamment.

On ne peut pas donner de réponse globale à cette question. Mais on peut remarquer qu'une réponse, bonne ou mauvaise, sera de toutes les façons, trouvée par l'étudiant; et, d'autre part, que la forme des études ne prenait classiquement pas en compte une telle interrogation. La réponse était, et reste, individuelle, se faisant le plus souvent au gré des rencontres. L'intégration à tel ou tel service, la rencontre avec tel ou tel patron ou assistant, y jouent un rôle déterminant.

Mais il s'agit là de bons cas qui ne représentent sans doute pas la totalité des étudiants. On est bien obligé en effet de constater que la multiplication du nombre des étudiants a, là aussi, *favorisé le développement de l'anonymat.* Bien des étudiants n'auront ainsi jamais l'occasion de bénéficier de rencontres privilégiées, c'est-à-dire personnalisées, qui leur auraient permis d'asseoir leur identification sur ce dont elle a besoin pour s'étayer, à savoir une relation humaine.

([*]) JEAMMET Ph. FLAVIGNY, H. ZWEIFFEL F. GORGE A. L'enseignement de la psychologie médicale au CHU Broussais Hôtel Dieu (Paris). *Rev. Méd. psychosom.* 1974, n° *3*, 305-320.

On ne s'identifie pas à une entité, la médecine, mais à des personnes concrètes exerçant la médecine.

Les groupes de discussion à petits effectifs (E. Bizouard et Ph. Jeammet [*]) nous paraissent une bonne formule, pour permettre aux étudiants de prendre connaissance d'eux-mêmes et de construire leur identité. L'incertitude des étudiants quant à leur futur rôle de médecin, ou de soignant, les met en *situation de quête* et les rend particulièrement vulnérables. Ne pouvant avoir un rôle avec des responsabilités réelles avant plusieurs années, ils sont de fait laissés dans une situation d'adolescence prolongée, propice à tous les mouvements affectifs désordonnés.

Leur besoin d'identité risque de les amener à prendre des positions dont la rigidité reflètera le caractère mal assuré et l'angoisse sous-jacente. Dans un premier temps, ils se sentiront volontiers *plus proches du malade* et comme lui en position d'infériorité et dépendants du bon vouloir des médecins arrivés. La prise de contact avec le monde médical n'en sera pas facilité et pourra être l'occasion de heurts et de blessures réciproques, inutiles, quand elles ne sont pas nuisibles.

Inversement l'*identification au médecin* pourra se faire tout aussi brutalement et sans nuances. L'inaffectivité apparente, voire le cynisme des propos seront la cicatrice laissée par une affectivité qui n'aura pas trouvé à s'exprimer. Les groupes d'occasions, les modes, serviront volontiers de couverture identificatoire, cachant plus ou moins bien le désarroi individuel. C'est ainsi qu'après un usage immodéré de la « vocation » soignante, ne s'appuyant sur aucune réflexion sérieuse sur les motivations, on voit fleurir un cynisme de surface chez des étudiants pour qui il est devenu beaucoup plus décent de parler des motivations matérielles que de faire état d'un désir d'aider et de soigner. Pourtant les motivations profondes, elles, n'ont guère changé.

Pour que les motivations apparaissent, il faut que le sujet puisse s'impliquer personnellement, concrètement et sur une durée suffisamment longue. En l'absence de ces critères l'étudiant plaquera sur son comportement des connaissances artificielles qui ne serviront qu'à l'isoler de son vécu réel.

Ce sont les groupes de discussion à petits effectifs qui nous paraissent réaliser le mieux ces objectifs.

Ces groupes pourront osciller, dans leur déroulement interne, du groupe de discussion, type groupe Balint, au groupe de dynamique ou

---

([*]) BIZOUARD E. JEAMMET Ph. – Le désir d'être médecin dans le cadre de la formation médicale, *Rev. Méd. psychosom.* 78, n° *1*, 59-68.

de sensibilisation. Il nous semble important que demeure, dans de tels groupes, un minimum de conditions permettant une certaine dynamique interne et sa prise de conscience par les étudiants. C'est le meilleur moyen pour qu'ils réalisent le poids de leur imaginaire dans leurs relations. C'est la condition d'une meilleure appréciation de la nature du lien que leurs malades noueront avec eux et de ceux qu'eux-mêmes auront entre eux et avec leurs malades.

Ce sera souvent par l'intermédiaire de la dimension imaginaire de la rencontre avec le moniteur qu'une telle prise de conscience pourra avoir lieu. Comme le disait E. Bizouard, dans un des articles déjà cités : « ... Nombreuses remarques portant sur le pouvoir du médecin seront l'occasion de rapprocher celui-ci de l'autorité dont les membres du groupe dotent le moniteur. Cette autorité est tantôt soupçonnée ou crainte (quelqu'un dira que le moniteur est un « flic ») tantôt au contraire désirée comme ce qui protège la possibilité de s'exprimer avec plus de vigueur. Les participants s'identifient tour à tour à ce pouvoir (qui serait leur pouvoir futur de médecin), ou à des malades pris en charge. Ainsi, attribuent-ils au moniteur une puissance faite en grande partie de leurs illusions. Ils n'en sont pas totalement dupes, mais acceptent de se prendre dans les filets de leur imaginaire. Ils y retrouvent quelques-uns des mythes (et des vérités) qui leur sont personnels et qu'ils auront toutes chances de rencontrer dans leur activité de médecin. »

Cet aspect transférentiel du travail de groupe en est l'instrument hautement formateur, surtout s'il peut être verbalisé : il vient permettre, en effet, la coïncidence entre ce qui est profondément ressenti et ce qui est considéré comme dicible (et que l'on osera donc dire).

Dans l'idéal, le médecin devrait pouvoir utiliser de façon souple la double identification :

– *identification au malade :* avec une empathie suffisante pour pouvoir se débarrasser de sa carapace, essayer de percevoir ce qui se passe chez l'autre et comprendre ce que peut représenter l'état de malade;

– *et l'identification au médecin* pour pouvoir conserver la position qui est attendue de lui et prendre la distance nécessaire aux décisions.

On ne peut pas ne pas rapprocher cette double identification de la *double identification masculin-féminin,* qui structure l'être humain. Là aussi le médecin doit pouvoir entendre les deux parties qui parlent en lui. Des conflits à ce niveau sont susceptibles de se traduire soit par une grande indécision et un malaise pour adopter une position et s'y tenir; soit par une rigidité excessive avec affirmation bruyante et exclusive d'une attitude identificatoire.

Il est d'autre part nécessaire que l'étudiant puisse avoir des contacts et donc des modèles identificatoires potentiels, variés et correspondant

aux types d'activité qu'il pourra exercer par la suite. A ce titre, les contacts avec la seule hiérarchie hospitalière ne sauraient être suffisants.

L'exercice, sous forme de stages, de plusieurs types d'activités paramédicales, constitue également un bon moyen, peut-être le seul, de comprendre la valeur et les difficultés de ces formes de travail.

III. – CHAQUE MÉDECIN EXERCE SA MÉDECINE : LA « FONCTION APOSTOLIQUE »

1. – LA FONCTION APOSTOLIQUE

La définition en a été donnée par Balint :

> « Tout médecin possède la connaissance révélée de ce que les patients sont en droit ou non d'espérer : de ce qu'ils doivent pouvoir supporter et, en outre, agit comme s'il avait le devoir sacré de convertir à sa foi tous les ignorants et tous les incroyants parmi ses patients. »

En d'autres termes, dans chaque acte médical, apparaît la personnalité du médecin. *Cette personnalité,* nous l'avons vu, *s'est formée* au fur et à mesure des contacts avec les médecins et les malades, pendant ses études, *par l'intermédiaire des diverses identifications* que nous avons étudiées, *et ce à partir de la personnalité de base du futur médecin.*

Cette description par Balint de la « fonction apostolique » met bien en évidence, dans les conduites du médecin, *le rôle tenu par ses valeurs de référence.* Tout comme c'était le cas pour le malade, ces valeurs, plus ou moins implicites, vont avoir une influence déterminante sur sa conception de la santé.

Cette influence s'exercera dans tous les actes de la pratique médicale, mais encore plus nettement quand interviendront des facteurs relationnels et que se poseront des problèmes de limite de l'action médicale pour lesquels la part technique se réduira au profit de l'appréciation personnelle. Par exemple :

– *La prescription de contraceptifs* est au moins autant dictée par des principes personnels que par la stricte objectivité scientifique et correspond beaucoup à l'idée que le médecin se fait de la sexualité féminine : totalement libre, liberté sous conditions, à partir de quel âge et jusqu'à quel âge? Lorsqu'elle est prescrite, la façon de le faire traduit également

ces principes : après examen complet, après entretien avec le mari ou l'amant, accompagné d'un discours moralisateur ou permissif, sans examen, le plus rapidement possible lorsqu'il y a gêne de la part du médecin (qui peut se protéger par un « Vous êtes suivie par un gynécologue bien sûr?... »).

– *L'avortement* engage encore plus les valeurs du médecin.

– *La prescription d'un arrêt de travail* est également le plus souvent tributaire des positions idéologiques du médecin et de la conception qu'il se fait de son rôle :

- prescriptions réduites pour ne pas dévaluer l'acte médical; parce que le médecin prend en compte l'impact social; ou parce qu'il redoute avant tout les bénéfices secondaires que peut apporter la maladie au malade...,
- acquiescement à toutes les demandes parce que la médecine est faite pour soulager et que toute demande reflète un besoin; prise en compte des options politiques ou des nécessités de clientèle;
- mais aussi, en analysant toutes les positions intermédiaires, on se rend compte que la prescription sera différente selon l'aspect du malade, sa présentation, les contacts qu'il a avec le médecin et ce que celui-ci a pensé du travail, de la fatigue et de l'honnêteté de son patient.

– L'attitude adoptée devant des *difficultés scolaires ou un enfant insomniaque,* n'est que très peu dictée par des principes scientifiques et médicaux, mais dépend de la conception du médecin de l'éducation des enfants, du travail à l'école, des rapports avec les parents, etc.

– Devant une *maladie incurable,* l'éventail des attitudes médicales s'étendra d'une priorité accordée à soulager et à abréger les souffrances jusqu'à « l'acharnement thérapeutique ».

– *Le choix de certaines thérapeutiques* dépendra également des positions morales du médecin. Ce sera particulièrement le cas pour les prescriptions au long cours (dans l'épilepsie, le diabète, l'athérosclérose...) et pour tout ce qui concerne les régimes. Priorité pourra être donnée à la sécurité avec prescription la plus stricte possible, ou au contraire au confort de vie du patient et au souci de respecter au mieux ses plaisirs. On peut remarquer que le malade est bien rarement associé à ces choix, qui reflètent ceux du médecin face à la vie.

Nous allons arrêter là une liste que chacun peut compléter. L'important est que le médecin perçoive que c'est *LUI* et *SA* personnalité qui répondent à ce type de problèmes. Non pas que nous souhaitions qu'il cesse de le faire, c'est inévitable et même nécessaire car face à un malade en désarroi il est important que le médecin sache affirmer ses choix et ses préférences. Mais il n'est pas moins important que le méde-

cin en soit conscient, afin de savoir relativiser ses positions et tenir compte de celles de son malade.

2. - ATTITUDE DU PRATICIEN DEVANT LES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES

Elle est dominée par ce que Balint a appelé l'*évitement de l'auto-examen.* Devant un problème psychologique, l'identification est beaucoup plus immédiate que pour une douleur physique. Le médecin ne se retrouve que peu dans la gêne du diabétique, ou la douleur de la pneumonie, par contre devant un déprimé malheureux ou un patient présentant des difficultés sexuelles, il risque d'être personnellement impliqué par les problèmes analogues que lui-même a ressentis.

Un bon moyen d'éviter l'auto-examen est de se retrancher derrière « le manque de compétence ». Car, s'il est vrai que les études universitaires préparent mal à la relation inter-personnelle, le médecin peut acquérir une formation plus adaptée, ne serait-ce que par la pratique que lui apporte ce genre de patients en grand nombre. Le manque de compétence est ainsi évoqué lorsque le médecin sent confusément qu'il risque d'être impliqué et questionné par les difficultés du patient.

Quelles sont les attitudes qu'il peut adopter?

- Prescription d'un « placebo » qui lui permet de se retrouver dans la position rassurante du prescripteur, mais qui ne règle pas la difficulté.

- Employer la « psychologie du Bon Sens » : conseils de séparation, de prise d'un amant, de changement de travail, de faire du sport... qui sont l'expression de la Fonction Apostolique.

- Rassurer : en minimisant, en disant que cela va passer, conseils qui ont la même signification que l'attitude précédente.

- Envoyer au psychiatre : ce qui peut se faire de diverses manières : de façon rejetante, incrédule ou, au contraire exagérément chargée d'espoir; en voulant garder la maîtrise ou en abandonnant tout.

- Assurer la prise en charge : ce qui est, dans la majorité des cas, la meilleure attitude, mais qui ne peut se faire que dans certaines conditions et en acceptant l'implication personnelle.

3. - CONSÉQUENCES DE LA FONCTION APOSTOLIQUE ET DE L'ÉVITEMENT DE L'AUTO-EXAMEN

Nous avons vu que, lorsque la réponse ne peut pas être purement technique, celle qui est donnée est fonction de la personnalité du méde-

cin, donc de l'idéal théorique de la médecine et du médecin qu'il a en lui et auquel son patient doit adhérer : sa « Fonction Apostolique ». Mais le médecin percevra sa réponse comme volontiers dictée par l'évidence et ce que l'on pourrait appeler : le « Bon Sens ».

Mais, le Bon Sens n'est qu'une notion subjective : chaque médecin a *SON* Bon Sens.

Le « Bon Sens » est le meilleur moyen d'éviter l'auto-examen : il vient se plaquer immédiatement, de façon défensive, lorsqu'un patient pourrait amener le médecin à s'interroger sur lui-même et sur sa pratique. Il répond aux conflits inconscients que soulève en lui le problème du malade, mais pas forcément à ceux de ce dernier.

Le Bon Sens peut donc être thérapeutique, mais s'il l'est, ce sera par hasard (ou plus exactement parce qu'il aura répondu exactement à une question inconsciente du patient). Il faut donc que le médecin ne l'utilise pas à tort et à travers, en l'appliquant indistinctement et aveuglément à chaque cas.

> La « Fonction Apostolique » et le recours au bon sens sont l'expression de la personnalité du médecin. Ces deux attitudes tireront leur valeur et leur intérêt de l'utilisation que celui-ci en fera.

Agissant à l'insu du médecin, elles risquent de le conduire à des attitudes rigides et à une méconnaissance des particularités et des besoins spécifiques de son patient.

Rendues conscientes et de ce fait plus contrôlables, elles peuvent au contraire contribuer à personnaliser la relation, le médecin utilisant alors les expressions de sa personnalité pour exister davantage et rendre plus vivants et plus riches ses contacts sans pour autant s'imposer au détriment des autres.

Bibliographie d'orientation

BALINT M. – *Le médecin, son malade et la maladie,* P.B. Payot, Paris, 1966.

CHERTOK - BOURGUIGNON O. – *Vers une autre médecine,* Privat, Paris, 1977.

CLAVREUL J. – *L'ordre médical,* Seuil, Paris, 1979.

HERZLICH C., – *Médecine, maladie et société,* Mouton, Paris, 1970.

SCHNEIDER P.B. – *Psychologie Médicale,* Payot, Paris, 1969.

9

LA RELATION MÉDECIN-MALADE

OBJECTIFS

. *Connaître les principales caractéristiques de la relation de soin.*

. *Comprendre pourquoi la relation de soin peut être une occasion privilégiée de répétition de conduites infantiles.*

. *Savoir ce qu'on entend par transfert et contre-transfert et leurs implications dans la relation médecin-malade.*

. *Savoir faire un diagnostic global et connaître l'usage diagnostique et thérapeutique qui peut être fait de la relation médecin malade.*

. *Savoir mener un entretien non directif. En connaître l'intérêt.*

. *Savoir définir l'effet placebo.*

. *Comprendre la portée et les répercussions possibles des attitudes du médecin, de ses prescriptions et de sa parole.*

. *Savoir définir ce qu'est une psychothérapie.*

. *Comprendre ce qu'on entend par « offre » du symptôme et « demande » latente du patient.*

. *Savoir ce qu'on entend par effets iatrogéniques du médecin.*

. *Comprendre en quoi l'action psychothérapique du médecin somaticien, et spécialement du généraliste, est importante et spécifique.*

. *Comprendre comment le médecin peut occuper la place d'une image idéale du patient et de ce fait exercer une fonction organisatrice sur le fonctionnement mental du malade et réparatrice de l'image de lui-même.*

En parlant de la relation médecin-malade nous avons en vue, là encore, la relation plus générale soignant-soigné. Son caractère médical n'est retenu que par sa valeur exemplaire qu'il tire de son ancienneté, de son impact sociologique et de l'exacerbation des caractéristiques de cette relation qui lui est inhérente.

I. – CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA RELATION DE SOIN

1. – LA RELATION SOIGNÉ-SOIGNANT EST FONDAMENTALEMENT UNE RELATION D'INÉGALITÉ

En effet, elle a pour point de départ *la demande d'un sujet souffrant adressée à un sujet disposant d'un savoir* dont il attend guérison ou du moins soulagement, et donc, plus ou moins implicitement aide et protection. Le malade est de ce fait doublement en *situation d'inégalité* : du fait même de *l'état de demande* qui rend passif et tributaire de la réponse d'autrui; et du fait de la *souffrance* qui mobilise une partie de l'énergie et constitue un handicap. Ce ne sont pas les revendications d'un droit à la santé qui changent profondément cet état de chose inéluctable. Elles peuvent tout au plus mettre l'accent sur les réalités de la carence du corps soignant, mais ne modifient en rien la réalité contraignante et handicapante de la maladie. Ce ne sont pas non plus les dénégations du corps soignant refusant tout autre rôle que celui de technicien qui modifient la nature de la relation médicale. Elles ne servent le plus souvent qu'à permettre aux soignants de se retrancher derrière le paravent de la technicité, oubliant leur spécificité et que soigner un être humain n'a pas les mêmes répercussions que réparer une voiture ou un ordinateur. Mais elles n'empêchent en rien le malade de rechercher en eux, souvent à son insu, une figure protectrice, susceptible de donner sens et satisfaction à une quête confuse (chap. 7).

Ce type de relation confie donc un réel pouvoir au corps soignant, médecins, infirmiers et para-médicaux en général. Le nier est souvent le plus sûr moyen pour le rendre d'autant plus agissant que plus occulté. Le reconnaître permet de l'étudier, d'en mesurer l'ampleur, variable avec chaque cas, et de l'utiliser au mieux pour en limiter les effets. Il ne faut pas oublier (chap. 8) que la recherche d'un tel pouvoir constitue sans aucun doute une des plus puissantes motivations à choisir ces métiers, et sûrement tout autant pour nous protéger grâce à ce pouvoir que pour en exercer les effets sur les autres.

2. – LA RELATION SOIGNÉ-SOIGNANT EST UNE RELATION D'ATTENTE ET D'ESPÉRANCE MUTUELLES

Le malade attend soulagement et si possible guérison; le soignant, reconnaissance de son malade, vérification de son pouvoir réparateur ou de la justesse de ses vues, selon ses niveaux d'intérêt. C'est l'écart entre les deux partenaires qui est facteur de dynamisme et moteur de l'attente. Inégalité des niveaux de départ, attente de part et d'autre sont aussi des situations que nous avons tous connues : parents-enfants, maîtres-élèves. Situations qui se veulent naturelles et complémentaires où chacun est censé œuvrer pour son plus grand profit et celui de l'autre mais où l'on sait bien que les facteurs affectifs interviennent en force, perturbant la relation et pouvant la conduire en impasse ou dans le sens contraire à celui attendu. En effet, l'attente affective peut être telle de part et d'autre qu'*elle transforme les rapports d'échange en rapport de force.* Or dans ces cas là le plus faible n'est pas forcément le moins fort car que peut la force apparente des parents et des maîtres contre le refus actif et plus encore la passivité agissante des enfants et des élèves? Rien, sinon montrer la dérision d'une supériorité apparente. Il peut en être aisément ainsi dans les rapports de soins, tant ils sont susceptibles de réveiller chez tous les protagonistes les souvenirs de ces luttes antérieures et de ces attentes déçues.

3. – LA RELATION SOIGNÉ-SOIGNANT EST UNE RELATION QUI A GÉNÉRALEMENT LE CORPS COMME OBJET MAIS QUI PASSE LE PLUS SOUVENT PAR L'INTERMÉDIAIRE DE LA PAROLE

Il y a là les prémices d'une situation paradoxale qui pose inéluctablement la question des rapports du corps et du langage. Quoi de plus parlant que le corps? Mais son intensité d'expression atteindra-t-elle jamais la quasi-infinitude des nuances verbales? *Le mot peut-il soulager le corps?* L'apaisement d'une confession comme la détente apportée par une parole juste ou une pointe d'humour suffisent à le prouver. Peut-on aller plus loin et guérir avec des mots? Inversement la parole blesse et fait vibrer le corps dans sa profonde intimité. La peur, la colère comme le plaisir sexuel avec tous leurs effets somatiques et physiologiques peuvent être déclenchés par les mots.

Relation d'inégalité, relation d'attente et d'espérance, susceptible de réveiller toutes les quêtes antérieures et tous les conflits qui peuvent y être liés, relation passant par le corps et s'exprimant par la parole, telles nous semblent être les caractéristiques de la relation de soin.

Ce sont des *caractéristiques analogues à celles de la relation parents-enfants*. Rien d'étonnant à ce que nous voyions se dérouler, dans le cadre de la relation de soins, la *répétition de conduites infantiles*. Nous avons vu en effet (1re partie, chap. 3) que la répétition constituait une des tendances profondes marquant le fonctionnement de l'appareil psychique.

4. – LA NOTION DE TRANSFERT

Elle répond à cette répétition, dans la situation d'adulte, de modalités relationnelles vécues durant l'enfance. Elle tire son origine de la pratique de cures psychanalytiques (1re partie, chap. 3 et 4). Peut-on la généraliser à l'ensemble de la pratique médicale et au type de relations induit par la situation de soins?

La répétition du même type de relations est un phénomène universel, et chaque sujet va projeter chez ses interlocuteurs une série d'images pré-établies et attendre d'eux les réponses qu'il attendait de ces images.

Le transfert qui se produit dans la situation psychanalytique est beaucoup plus spécifique. Grâce à l'« asepsie » de la situation (neutralité de l'analyste, durée et régularité des séances, situation allongée, analyse des résistances...) des modalités relationnelles précises vont se dégager qu'il sera possible de rattacher aux relations, vécues ou fantasmées, avec telle ou telle figure précise de l'enfance : la mère, le père, un membre de la fratrie...

La pratique médicale ne permet pas le plus souvent, et ce n'est pas son but, le dégagement de relations aussi précises. Ce sont plutôt des figures composites, très surdéterminées, faites d'un amalgame de personnages divers, qui imposeront certains styles de relations avec le médecin, du type : image maternelle protectrice, paternelle autoritaire, de transgression sexuelle...

Mais derrière ces grands stéréotypes sociaux, ce sera fréquemment *une image idéale de lui-même que recherchera le malade*. Il investira avec d'autant plus d'intensité son médecin que celui-ci sera porteur de son narcissisme, tout comme l'enfant se console de sa faiblesse en idéalisant ses parents et leurs pouvoirs.

Quoi qu'il en soit, on a souvent pris l'habitude d'un usage extensif du terme de transfert, qui désigne alors tout investissement affectif du patient sur le médecin.

Le transfert dans la pratique médicale

Le malade vient consulter le médecin avec une série d'images pré-établies, et il tend alors à transposer ses habitudes affectives dans ses rela-

tions avec son thérapeute. S'il retrouve dans le médecin quelques points communs avec ces images, celui-ci sera aussitôt investi sur un mode transférentiel.

Dans la majorité des cas, **ce transfert est positif :** le médecin devient alors celui que le malade imaginait, ce qui explique les sentiments de sympathie, ou de confiance qui seront un bon moteur thérapeutique.

A l'extrême, la situation peut être analogue à celle du coup de foudre, le médecin étant alors ressenti comme le médecin parfait. Les guérisons miraculeuses, ou les améliorations spectaculaires peuvent se comprendre ainsi. Dans ces cas tout médecin perçoit bien qu'autre chose a agi que la simple prise médicamenteuse : la puissance prêtée au médecin par l'imaginaire du malade suffisant à suspendre temporairement la manifestation fonctionnelle et même lésionnelle. Parfois d'ailleurs ce transfert intense peut se transformer en désillusion et désenchantement, le médecin n'y étant souvent pour rien; mais le malade vit là son ambivalence face à ses images internes.

A l'inverse **le transfert peut être négatif,** le malade retrouvant dans le médecin des images considérées comme mauvaises, ce qui provoque des attitudes de méfiance ou d'antipathie. Les zones conflictuelles persistant dans la relation auront alors un effet antithérapeutique.

Parfois aussi le malade ne peut pas retrouver chez le médecin les images investies comme thérapeutiques et la relation devient impossible (cas du jeune médecin chevelu et décontracté non accepté par un malade rigide et traditionnel – ou l'inverse...).

Ayant retrouvé, ou essayant de retrouver ces images investies, le malade adopte alors ses attitudes habituelles en face de celles-ci. Ainsi tel malade est gentil ou méchant, exigeant ou geignard, attendant du médecin la réaction que doit avoir, dans ce cas, l'image projetée (mère protectrice ou père sévère...). Les manifestations extérieures apparaissant dans la relation traduisent donc les attitudes pré-réglées qui sont celles que le patient adopte toujours lorsqu'il se trouve en face de cette image chez l'autre (quel que soit cet autre).

5. – LE CONTRE-TRANSFERT

La notion *de contre-transfert* fait pendant à celle de transfert.

Elle désigne les mouvements affectifs du médecin en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu infantile. Comme pour le transfert on en fait un usage extensif et on regroupe sous cette appellation l'ensemble des réactions affectives du médecin qu'elles soient ou non reliées à des images infantiles précises.

Alors qu'il devrait théoriquement être neutre, et ne pas éprouver de

sentiments personnels pour son malade, l'attitude du médecin en sera au contraire imprégnée. Se mêleront :

– une réaction affective à la personnalité du malade, âge, sexe, situation sociale, présentation, comportement;

– une réaction affective à l'image que donne le malade par rapport à l'image intériorisée du malade idéal, qu'en a le médecin. Ce dernier a lui aussi, en fonction de sa personnalité et notamment de sa personnalité médicale, des images pré-établies du malade, (du « bon » malade et du « mauvais » malade) et donc de la façon dont celui-ci doit réagir à sa maladie; jusqu'à quel degré a-t-il le droit de régresser, de se plaindre, d'être agressif, d'abandonner ses responsabilités : on retrouve là l'encombrante « fonction apostolique »;

– des facteurs personnels contingents : état de fatigue, d'énervement, humeur, situation conjugale et sociale actuelle.

Tout ceci favorisera ou non, son identification au malade, à ses plaintes et à ses souffrances.

Là aussi, le contre-transfert médical est le plus souvent positif dans l'ensemble. Il permet une action thérapeutique plus efficace.

Il y a toujours un risque lorsque l'identification est trop poussée et donc le désir de guérir exagéré, c'est celui de ne pouvoir garder l'objectivité nécessaire à la prise de décisions difficiles (envoi à l'hôpital ou au spécialiste par exemple).

De même, une affection trop marquée, répondant à un intérêt manifeste (et valorisant) de son malade, risque d'entraîner les deux partenaires dans une relation envahissante et pas toujours maîtrisable pour laquelle la rupture brutale devient alors la seule solution.

Le contre-transfert peut aussi être négatif et se traduire alors par des *attitudes qui masqueront un rejet ou une agressivité inconsciente :*

– refus d'écouter le malade, parce qu'on est trop pressé,
– acte manqué, du type erreurs de prescription ou oubli de visite,
– dire « c'est nerveux » pour mettre à distance le malade agaçant,
– menace de consultation psychiatrique ou d'hospitalisation, etc.

Il faut remarquer qu'une sélection des patients s'établit en fonction de ce que le médecin apporte à la relation et souhaite obtenir d'elle.

En dehors des cas urgents, où le choix n'est pas possible, chaque médecin sait bien qu'il a un certain type de clientèle : l'âge, le sexe, la situation sociale ou la classe de maladie, sont des critères, certes, mais il y en a d'autres, beaucoup plus liés à la personnalité profonde du médecin. Les patients avec lesquels la relation est durable, sont sélectionnés et se sélectionnent par des critères d'affinités, de plaisir mutuel. Ils éveillent l'intérêt du médecin qui sent pouvoir les aider et qui désire le faire.

Les psychiatres, travaillant avec des généralistes, sur un secteur médical précis, savent bien, au bout d'un certain temps, quels types de patients leur enverra tel ou tel praticien (hystériques, obsessionnels, agressifs, homosexuels, déprimés...).

Il s'agit de l'autre face de ce que nous venons de décrire : la difficulté à traiter, ou le rejet, de certains patients, qui touchent chez le médecin des points sensibles, ou qui risquent de faire resurgir des conflits dont le médecin perçoit bien qu'ils seraient douloureux.

II. – LA COMMUNICATION DANS LE CADRE DE LA RELATION DE SOIN

Nous préférons parler maintenant de communication plutôt que de relation car le problème qui se pose au médecin est justement celui de savoir si sa *relation avec le malade doit faire partie ou non de la communication médicale.*

Toute communication comprend un émetteur, un récepteur et un message à transmettre. Pour que la communication puisse avoir lieu, deux conditions minimales sont nécessaires :

- que le code utilisé par l'émetteur soit déchiffrable par le récepteur;
- que le milieu qui s'interpose entre les deux n'empêche pas la circulation de l'information et que celle-ci ne soit pas trop déformée par des bruits parasites.

> La relation médecin-malade avec sa résonance affective et son poids de conduites répétitives, doit-elle être considérée comme un bruit, à réduire le plus possible, car gênant la communication médicale vraie? Ou fait-elle partie intégrante de celle-ci dont elle est une composante nécessaire et importante?

Nous retrouvons là les deux attitudes médicales fondamentales, signalées tout au long de cet ouvrage.

Plusieurs auteurs ont voulu objectiver par des modèles les différentes modalités possibles de la relation médecin-malade et leurs variations selon le type de maladie ou sa phase d'évolution.

Hollender isole trois modèles de base : activité-passivité du type mère-nourrisson retrouvée dans le coma, l'acte opératoire...; direction-coopération du type parents-enfants, dans les maladies aiguës; participation mutuelle et réciproque qui est la relation entre adultes qui devrait s'instaurer dans les maladies chroniques ou pour les réadaptations.

Von Gehsattel s'appuie sur la notion de distance pour distinguer également trois phases : de l'appel humain, de détresse; d'éloignement et d'objectivité qui est le temps du diagnostic; enfin de personnalisation de la relation une fois le diagnostic posé et la thérapeutique établie.

Nous renvoyons pour plus de détails concernant ce type d'approche au livre de Schneider qui fait une synthèse des réflexions à ce sujet. Pour notre part nous considérons cette division comme étant plus théorique que pratique. Ce ne sont pas en effet des critères purement externes, comme la forme ou la phase de la maladie ou le moment de la consultation, qui seront des éléments déterminants mais bien plus les présupposés théoriques du médecin, sa formation et la personnalité des protagonistes. De même, isoler un modèle relationnel adulte est une position idéaliste. L'enfant demeure toujours en l'adulte, le problème est plutôt dans la place qui lui sera donnée, la tolérance qui sera possible, l'usage qui en sera fait. Nous avons évoqué quelques-unes des difficultés concernant ce point à propos de la psychosomatique et de la notion de régression.

Pour nous la relation médecin-malade fait partie de la communication médicale au même titre que le symptôme. Comme lui elle demande un déchiffrement afin que le sens en apparaisse et qu'elle devienne signe intelligible pour les deux parties.

1. – LA RELATION MÉDECIN-MALADE FAIT PARTIE DE LA COMMUNICATION MÉDICALE

Nous résumerons les principaux arguments justifiant cette affirmation. Chaque point est plus amplement développé dans une des parties de l'ouvrage. Ils sont essentiellement de deux ordres :

- La maladie est une rupture dans la vie du malade : rupture dans ses relations, rupture de l'image qu'il avait de lui-même. La maladie peut être une réponse de l'individu à des situations de rupture (1re partie, chap. 5; 2e partie, chap. 7). Dans les deux cas une demande de réparation de ces effets de rupture est adressée, au moins implicitement, au médecin, dont les attitudes et réponses sont reçues en fonction de cette demande. Ruptures affectives et blessures narcissiques mettent le malade en situation de vulnérabilité et d'attente d'une réparation qui s'exprimeront dans la relation médecin-malade.

- L'ensemble des soins médicaux subit l'influence de la relation médecin-malade qui leur donne leur plein effet ou entrave leur action : exemples de l'effet placebo et de l'observance du traitement (chapitre introductif et 2e partie, chap. 8).

Dans ces deux ordres de faits, *la relation médecin-malade est un des paramètres de la thérapeutique.*

2. – LA RELATION MÉDECIN-MALADE NÉCESSITE UN DÉCHIFFREMENT

Elle le nécessite à un double niveau :

– comme toute relation elle peut appeler la recherche du sens latent, inconscient, derrière l'attitude et le langage conscients et manifestes (1re partie, chap. 3 et 4);

– plus spécifiquement la relation médecin-malade peut demander une transcription d'un langage corporel en un langage parlé. L'exemple type en est fourni par les troubles fonctionnels ou la plainte hypocondriaque (chapitre introductif et 2e partie, chap. 7).

Deux raisons peuvent expliquer ce « choix » involontaire d'un langage corporel pour exprimer une souffrance psychique :

- le langage du corps est celui que comprend et accepte le médecin;
- le langage du corps est le seul que puisse parler le malade :
  - parce qu'il n'a pas encore accès à la parole : l'enfant (1re partie, chap. 2),
  - parce que son appareil psychique ne lui permet pas une « mentalisation » et une représentation de ses affects (1re partie, chap. 3 et 5, la psychosomatique),
  - parce qu'il est débordé par les bouleversements qui s'opèrent en lui : à l'adolescence par exemple.

Dans tous ces cas, le travail du médecin consistera à rechercher selon l'expression de Balint *au-delà de « l'offre » manifeste du symptôme physique, la « demande » latente du patient,* exprimant ses désirs et besoins véritables. C'est tout ce que nous avons détaillé au chapitre 7.

La relation médecin-malade est un des paramètres du diagnostic.

3. – LES EFFETS IATROGÉNIQUES DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE

Ils découlent de ce que nous venons de voir.

On appelle iatrogénie la création de symptômes pathologiques et de maladies par le médecin lui-même et ses soins. Les lésions que certains médicaments sont susceptibles de provoquer en sont un bon exemple. C'est ce qui peut se produire si le médecin méconnaît la relation médecin-malade ou la considère comme un « bruit » parasite à éliminer. En effet :

– *la méconnaissance de la portée thérapeutique de la relation médecin-malade* peut aboutir à l'effet contraire. Méconnue la relation n'en reste pas moins agissante et vécue par le malade. L'absence de relation vécue comme bonne et réparatrice avec un médecin ne sera pas neutre mais répétera les ruptures et blessures antérieures, les aggravant. L'ensemble des mesures thérapeutiques risque d'en pâtir et d'être en fait incomplet. Nous avons d'autre part longuement insisté sur la portée des mots utilisés par le médecin. La méconnaissance de ce pouvoir des mots par le médecin peut le conduire à en faire un usage maladroit, induisant des effets traumatiques.

– *La méconnaissance de la portée diagnostique de la relation médecin-malade* peut conduire : du côté du malade à une escalade dans la plainte jusqu'à ce qu'on la prenne au sérieux; du côté du médecin à une escalade d'examens complémentaires, voire de thérapeutiques symptomatiques, qui ne sont pas toujours sans dangers et qui ancrent le malade dans son langage corporel, au détriment de la parole.

4. – L'UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DE LA RELATION MÉDECIN-MALADE : LE DIAGNOSTIC GLOBAL

Elle passe par la reconnaissance de la valeur et de la portée de cette relation, et l'établissement de ce que nous appellerons le *diagnostic global* comprenant :

■ ***Le diagnostic de la maladie.*** Nous n'avons pas à entrer ici dans les détails techniques : retenons quand même la nécessité, pour le médecin, **d'expliquer**, en termes compréhensibles quelle est cette maladie et quelles en seront ses conséquences : l'explication fournie diminuant l'anxiété née de l'inconnu.

Dans le même ordre d'idée, il convient d'expliquer autant que faire se peut le pourquoi et le comment du traitement.

Là encore, hormis le côté humanitaire, le médecin ajoute à son efficacité en acceptant de passer un moment à expliquer son ordonnance. Nous avons déjà signalé la propension des malades à ne prendre qu'une partie de la prescription médicamenteuse, ou à ne la suivre que le temps qu'ils jugent nécessaire. En faire comprendre la nécessité évitera au médecin quelques échecs thérapeutiques, tel que, pour prendre l'exemple le plus banal : rechute infectieuse liée à l'arrêt trop précoce des antibiotiques.

■ ***Le diagnostic de la personnalité et des effets de la maladie sur celle-ci.*** – Il ne s'agit pas de mettre un diagnostic psychiatrique sur le

patient, mais de percevoir les interférences entre sa personnalité et sa maladie :

– Comment s'insère-t-elle dans son histoire?

– Dans quelles conditions psychologiques et d'environnement est-elle apparue? Existence ou perspective d'événements personnels, familiaux ou sociaux susceptibles d'avoir une résonance affective importante : naissances, mariage, deuils, séparations; changements de cadre de vie (habitat, profession); examens, promotion ou échec professionnels.

– Comment le malade réagit-il à cette maladie ou cet accident? Comment les qualifie-t-il? avec quels mots? A cette occasion lapsus et associations spontanées seront notées. Des phrases comme : « cela devait m'arriver » « je l'ai toujours su », « on n'y échappe pas »... témoignent, par exemple, de ce que la maladie ou l'accident viennent donner corps à une angoisse pré-existante qui en influencera l'évolution et donc dont le médecin devra tenir compte. Coïncident-ils avec l'apparition de rêves répétitifs ou de cauchemars?

– Comment l'entourage du malade réagit-il à son tour? Quelles sont les relations entre eux? Quelles modifications et éventuels « bénéfices » la maladie est-elle susceptible d'apporter?

■ ***L'appréciation de la relation médecin-malade.*** – Quel type de relation s'instaure entre le médecin et le malade? Quelles sont les réactions affectives spontanées du médecin à cette relation? Ce seront de précieuses indications à valeur diagnostique sur la demande implicite du malade et le type d'investissement qu'il fait sur le médecin. Indications qui interviendront dans l'élaboration de la réponse.

Deux précisions :

Les trois démarches constitutives du diagnostic global se font conjointement. Nous ne les séparons que pour les faire apparaître plus clairement dans leur spécificité propre. Mais, dans la pratique, le médecin conduit dans le même mouvement ces trois démarches. C'est tout en examinant son malade, en prescrivant les premiers soins et les premiers examens complémentaires, que le médecin noue le dialogue et engage la relation.

Le médecin somaticien (par opposition par exemple au psychiatre) est particulièrement bien placé pour nouer une relation complète avec son malade car elle passe par la psyché et la parole mais aussi par le corps. Elle est susceptible de mobiliser très profondément le patient et de le solliciter fortement au niveau de sa vie pulsionnelle et de ses expériences infantiles. Cela rend d'autant plus nécessaire la médiation par la technique et la codification ou la ritualisation médicale qui en sont l'expression socialisée.

III. – AMÉNAGEMENT DES MODALITÉS TECHNIQUES DE LA RELATION DE SOIN DANS UNE PERSPECTIVE D'APPLICATION DU DIAGNOSTIC GLOBAL

1. – LES DIFFÉRENTS MODÈLES D'ENTRETIEN

■ ***L'interrogatoire méthodique.*** – Il a une visée essentiellement opératoire : il vise en effet à dépister au mieux l'organe malade et la maladie qui l'atteint. Il s'agit de questions assez stéréotypées, censées couvrir un champ informatif suffisant pour la spécialité concernée : ceci est particulièrement net dans les services hospitaliers spécialisés qui disposent en général d'un questionnaire orienté. Si un même malade est hospitalisé dans différents services, la lecture de son dossier montrera qu'il était envisagé de manière différente en chirurgie, en gynécologie ou en médecine interne par exemple.

Ce type de questionnaire est économique, opératoire mais parcellisant et « chosifiant ».

C'est le premier modèle d'interrogatoire que rencontre l'étudiant, celui dont il s'imprégnera pendant ses études et, si il est suffisant et justifié pour une maladie organique aiguë, il risque de bloquer un autre type de relation et d'investigation s'il est le seul utilisé.

Le médecin, ne sachant pas s'adapter, poussera son malade à lui présenter ses symptômes comme lui-même, externe, présentait l'observation à son patron. Celui-là percevra rapidement que c'est là le seul mode de relation possible et qu'il ne peut se laisser aller à parler d'autre chose que ce qui lui est très précisément demandé.

Balint disait : « Celui qui pose des questions n'obtiendra que des réponses », entendant par là que cette suite de questions oblitère la parole du malade, l'empêchant d'aborder ce qui le préoccupe, de se laisser aller à ses émotions et donc de voir apparaître ses conflits profonds ou sa demande véritable.

A titre un peu anecdotique, remarquons, avec Israël, que cet interrogatoire, a priori si objectif, traduit quand même la personnalité du médecin :

– ainsi le médecin attaché à ce questionnaire strict a besoin de s'appuyer sur un savoir sûr, et tend à garder le personnage de « celui qui sait »;

– celui qui harcèle son malade de questions précises, le secoue un peu s'il répond trop lentement ou à côté, montre par là son appétence

à exercer sur le malade un pouvoir : pouvoir de le faire parler, pouvoir de le guérir. Mais si la guérison apporte la satisfaction de constater sa puissance, le danger est de considérer la non-guérison comme une injure personnelle;

– on trouve aussi le médecin qui fournit les réponses aux questions qu'il a posées, qui tend à faire son diagnostic en voyant entrer les malades. Le médecin est ici presque un voyant, ce qui peut éblouir ses malades mais qui les dépossède d'eux-mêmes puisque, d'emblée, il leur montre qu'il sait sur eux des choses qu'ils ne perçoivent pas; la position de l'un et de l'autre est déjà fixée;

– on peut poser des questions de façon à ne pas avoir la réponse que l'on craint : l'interrogation négative en est le type même : « Vous n'avez pas de problèmes au moins? »

■ ***L'anamnèse psycho-sociale.*** – Il s'agit là d'un appendice à l'interrogatoire classique, pas encore d'une technique particulière mais simplement du minimum auquel doit s'intéresser le médecin pour percevoir le malade et pas seulement sa maladie. Pour la conduire, il suffit d'avoir présent à l'esprit les données du chapitre 7 de cette partie, reprise ci-dessus à propos du diagnostic global.

■ ***L'entretien non directif.*** – Pour la clarté de l'exposé, nous allons le présenter paradoxalement d'une façon bien directive. Mais chaque médecin, évidemment, une fois qu'il en aura compris les principes et l'intérêt, le modulera selon chaque malade et chaque relation.

L'entretien a lieu le plus souvent assis. Les échanges verbaux sont facilités par la position respective à 45° et défavorisés par un face à face rapproché ou bien si les interlocuteurs sont séparés par un bureau imposant. Mais ceci reste théorique, la condition principale demeure le désir de compréhension du médecin et le dialogue peut, par exemple, avoir lieu pendant l'examen somatique.

Le médecin doit abandonner sa carapace technique et savoir se taire pour entendre, derrière « la parole manifeste » le « sens latent » : en d'autres termes, le médecin, par ses questions et ses interventions, tend à empêcher son patient d'exprimer ses craintes, ses fantasmes et ses mouvements affectifs qui sont, nous le savons tous, très retenus, ne s'exprimant que lors des crises ou dans des circonstances favorables qu'il convient donc de créer.

Son attitude doit être celle d'un auditeur attentif mais tolérant : la meilleure définition reste encore « la neutralité bienveillante » qui permet de limiter au maximum les interactions dues aux sentiments du médecin : sa gêne, son hésitation, ou au contraire l'éveil d'un intérêt soudain, sont perçus et influencent la façon dont le patient évoque sa vie psycho-affective ou sexuelle.

Il doit permettre les associations, l'expression libre : en sachant attendre la fin du silence, en reprenant sur un ton interrogatif un point du discours du malade qui lui semble important, ou pour lequel il a perçu une gêne, un accrochage, comme si tout n'avait pas été dit. Mais pour savoir se taire quand il le faut, le médecin devra dépasser sa propre angoisse du silence.

Lorsque le patient s'exprime librement et raconte son histoire, il faut porter l'attention autant sur les troubles que sur la manière de les raconter. Il faut percevoir les irrégularités et les achoppements du discours, les associations d'idées et surtout celles qui sont inattendues, et s'intéresser également à la communication non verbale (changements de positions, tics, manifestations affectives...).

Il est bon de commencer d'une façon neutre et détendue, par quelques paroles centrées sur ce qui gêne le consultant.

Cette technique permet de :

– percevoir comment se lient sur le plan psychologique symptômes et souffrance, malaises physiques et répercussions psychologiques, ou vice et versa, sans oublier l'importance du temps de latence qu'a mis pour se constituer le trouble somatique après le trouble psychologique;

– percevoir la vie émotionnelle du patient, sa manière d'être et de réagir, retrouver l'enfant qui parle en lui;

– percevoir les mécanismes de défense du malade, isolation des sentiments de leur contexte, refoulement qui se traduit par des oublis plus ou moins importants...

– percevoir les zones de conflit, les délimiter et voir comment les aborder.

L'entretien non directif facilite l'élaboration de ce que nous avons appelé le diagnostic global, comportant une appréciation de la structure psychologique du malade et de ses modalités relationnelles. Il facilite également l'expression personnelle du malade et contribue à *l'intéresser à parler de lui* et à comprendre ses façons d'être et de réagir, étape importante dans ce que nous avons désigné comme *« la mentalisation des conflits ».*

Mais, là encore, l'entretien non directif ne s'oppose pas aux autres modalités : il les complète. Aussi, le plus souvent, le médecin, dans la même consultation, passera souplement de l'un à l'autre en sachant s'adapter aux réactions du malade, suivant un style propre qu'il acquerra progressivement au cours de sa pratique. L'important c'est qu'il perçoive la nécessité et la complémentarité des différentes approches.

2. – LES PRESCRIPTIONS MÉDICALES

C'est un domaine où la relation médecin-malade interfère massivement et ce des deux côtés. Nous avons déjà cité les exemples de l'*effet placebo* et de l'*observance des prescriptions.*

Le médicament peut ainsi être destiné :

– au malade,

– mais aussi au médecin, qui a besoin pour se rassurer, de prescrire absolument quelque chose,

– à l'entourage du malade qui veut la guérison d'un symptôme que le malade supporte (troubles du sommeil, anorexie, paresse, nervosité...),

– à la société : la pression sociale peut obliger le médecin à prescrire un remède dans lequel il croit peu.

On peut dire schématiquement que plus l'effet pharmacologique est important, plus l'effet placebo passe au second plan. Mais, à l'inverse, pour les tonifiants, les « reconstituants somatiques et nerveux », les médicaments dits de « confort », cet effet placebo – joint au remède-médecin, prend la part prépondérante quand même il n'est pas le seul à agir. Il suffit d'ailleurs d'observer l'importance de la variation du volume des ordonnances, pour une même affection, selon le médecin prescripteur, pour percevoir l'importance des a priori du médecin sur ce qui est une « bonne ordonnance ».

Ce qui est relativement aisé à mettre en évidence pour le médicament, existe pour l'ensemble des prescriptions : régimes divers, cures, actes de kinésithérapie... Plus les techniques se diversifient, plus le médecin a de possibilités d'exercer son pouvoir et d'exprimer des choix très subjectifs mais d'autant plus difficiles à percevoir comme tels, que la couverture technique permet d'en occulter facilement le sens profond. Dans beaucoup de cas, qui peut objectivement fixer la limite d'efficacité de massages ou d'une cure? jusqu'où peut aller leur renouvellement?

Nous retrouvons là l'importance des *valeurs* personnelles du malade et du médecin, qui seront agies dans leur relation le plus souvent de manière inconsciente.

> Il appartient au médecin de rendre ces choix de valeurs manifestes, afin qu'ils soient réellement des choix conscients et réfléchis.

Les arrêts de travail sont également une situation typique qui engage le système de valeurs des intéressés. Les répercussions en sont considérables :

– par les répercussions économiques,
– par la complicité de fait instaurée entre médecin et malade,

- par le possible bouleversement des valeurs du malade : modification de sa conception du travail, des liens sociaux et de ce qui est supportable ou pas,
- par l'impact inévitable et difficile à cerner sur les « bénéfices » de la maladie.

3. – LE PAIEMENT

Voilà également un domaine qui mobilise profondément les positions idéologiques de chacun. Il demanderait des développements importants pour lesquels nous renvoyons le lecteur, par exemple, à l'analyse qui en est faite par Marie-Cardine dans l'ouvrage collectif de Guyotat, *« Psychothérapies médicales »*, (Masson, 1978).

Insistons simplement pour que, au-delà des positions idéologiques et des modalités techniques, le problème soit posé au niveau des véritables questions qui nous paraissent être :

– quelle place veut-on faire au droit à la santé, dont nous avons envisagé les implications au chapitre 7 de cette partie?

– comment envisage-t-on de répondre à la notion des « bénéfices » possibles apportés par la maladie?

Le paiement, même adapté aux possibilités du malade, favorise le masochisme ou, au contraire, peut retarder voire empêcher les soins. Inversement, il donne un pouvoir au malade sur le médecin, qui, à ce moment-là, redevient l'obligé du malade.

Cette notion *d'obligation* nous paraît importante. En effet, le malade guéri peut se sentir dans une relation d'obligation à l'égard du médecin et ce d'autant plus que sa relation à lui aura été plus ambivalente. Cette obligation peut conduire à des manifestations de culpabilité avec, par exemple, persistance des plaintes et de troubles fonctionnels séquellaires.

Chez certaines personnalités, guérir, comme nous l'avons vu (chapitre 7, 2e partie) peut, en effet, être vécu comme une récupération agressive d'un bien dont on avait été spolié, d'une façon analogue à ce que peut être grandir, ou acquérir les capacités des adultes pour un enfant (2e partie, chapitre 8). C'est cette culpabilité inconsciente qui se traduit chez certains peuples par l'obligation de payer un tribut au guérisseur et d'apaiser par des dons les esprits qui ont contribué à la guérison.

4. – L'ENVOI CHEZ LE SPÉCIALISTE

L'envoi chez le spécialiste se fait toujours à un moment où la prise en charge du malade est difficile pour le praticien et où il doute de ses

propres capacités (ou bien lorsque c'est son malade qui en doute). La tentation est alors forte, et l'institution médicale la favorise, d'abandonner les responsabilités au spécialiste (il peut d'ailleurs y en avoir plusieurs). Celui-ci, de par sa fonction même, ne prend en charge que l'organe malade qui dépend de sa spécialité, et on peut alors voir prendre des décisions extrêmement graves sans que personne n'en assume réellement la responsabilité. C'est ce que Balint a appelé les dangers de *« la collusion de l'anonymat »* et de *« la dilution des responsabilités »*.

Il est donc capital que le médecin prenne conscience de ce mouvement naturel d'abandon des responsabilités lors de l'envoi chez le spécialiste. Ce n'est pourtant pas parce qu'il demande conseil, ou même une décision pour une maladie concernant un des organes de son malade, qu'il doit se sentir dépossédé de l'ensemble de celui-ci.

Dans la majorité des cas, connaissant bien son malade et plus complètement que le spécialiste, il pourra adapter au mieux la décision de celui-ci : *il doit rester le coordinateur et celui qui unifie les décisions des spécialistes.*

Pour cela, le généraliste doit dépasser l'inévitable réaction d'ambivalence qu'entraîne la demande d'un avis plus autorisé. En effet, si le spécialiste aide, il dépasse aussi le médecin, provoquant chez ce dernier à la fois un soulagement et une certaine agressivité.

L'envoi chez le spécialiste masque parfois un *désir de rejet* temporaire ou définitif, d'un patient perçu comme agressif ou envahissant, trop connu, ou bien mettant sans arrêt en échec son médecin, ou, parfois, à cause d'une relation de séduction plus ou moins perçue et mal contrôlée.

L'envoi chez le psychiatre peut en être une forme. Le médecin généraliste est souvent très mal à l'aise à l'idée d'annoncer à un de ses patients qu'il veut l'envoyer consulter un psychiatre. Il imagine en effet que son malade va penser qu'il l'envoie chez les fous, ou le catalogue comme tel : remarquons d'emblée que c'est le médecin qui pense ce que son malade pense... ce qui n'est que la traduction du malaise éprouvé par le médecin vis-à-vis de la psychiatrie. Les psychiatres savent bien que l'envoi d'un malade à leur consultation se fait d'autant plus facilement que le médecin est plus au clair dans sa relation avec la psychiatrie. Mais, qu'à l'inverse, toute gêne du médecin sera ressentie par le malade qui aura d'autant plus de mal à venir consulter.

Voici par exemple trois positions caricaturales des médecins :

- celui qui n'ose pas prononcer le nom ou dire à qui il l'envoie : « Je vous envoie chez le neurologue »,
- celui qui annonce brutalement, sans ménagement, à cause de sa propre inquiétude devant la maladie mentale,
- celui qui prescrit la consultation du psychiatre comme un banal

examen complémentaire et fait un « bon pour une consultation de psychiatrie ».

Toutes ces positions reflètent en fait les contre-attitudes du médecin. La demande de consultation doit arriver naturellement, au terme d'un cheminement en commun avec le malade. Celui-ci devra être associé à la démarche et l'idéal est d'amener le malade à comprendre comment et pourquoi il peut être intéressé par cette consultation : « Vous voyez que sur tel ou tel point demeurent des conflits non réglés, des éléments obscurs, un malaise. Je connais quelqu'on dont c'est le travail de vous aider à les éclaircir. Cela en vaut la peine et vous intéressera... » Ayant fait participer son patient à son cheminement de pensée, le médecin pourra alors se permettre d'être ferme si c'est nécessaire.

5. – QUE DIRE AU MALADE ?

Là non plus il n'est pas question de donner des recettes, mais il est toutefois possible d'aider le praticien à avoir une attitude plus adéquate.

Il ne faut parler qu'une fois le diagnostic global établi. Il ne suffit pas de diagnostiquer un souffle systolique, une cirrhose, une insuffisance cardiaque ou un cancer, il faut aussi essayer de prévoir les réactions à l'annonce de cette maladie. Donc savoir comment le malade la perçoit, quels sont ses mécanismes de défense, quel rôle joue la maladie dans sa vie?

Il faut savoir aussi quelle demande il adresse au médecin et dans quelle position il se place par rapport à celui-ci.

La parole médicale peut avoir un *poids considérable :* nous savons que son poids est fonction du degré de résonance qu'elle a avec l'inconscient du malade et de sa valeur signifiante. Il est des patients dont la vie physique fut diminuée par l'annonce d'un souffle au cœur, qui a permis alors de cristalliser sur ce symptôme toute l'anxiété de la famille. Nous avons, à plusieurs reprises, insisté sur ce point, notamment à propos de l'étude de I. Lezine sur les accouchées (1re partie, chap. 2) ou avec la notion de handicap au chapitre 7 de cette partie.

La parole du médecin peut ancrer le malaise du patient dans son corps et l'enfermer dans sa position de malade.

Pour éviter donc que ses paroles soient destructives, mais pour qu'au contraire, elles aident *le malade, le médecin doit pouvoir les adapter à son malade et donc avoir une idée de sa structure psychologique.* Il doit toujours se poser la question : « Quel effet aura sur ce patient la révélation de telle partie de mon diagnostic? »

On peut affirmer que toutes *les attitudes de principes tranchées* seront néfastes à un moment ou à un autre.

Les médecins qui décident de « toujours dire la vérité » ou « de ne jamais la dire » traduisent leurs propres problèmes, qui les envahissent au point de ne pouvoir être à l'écoute de la demande réelle de leurs patients.

De même avant de parler, *le médecin doit essayer de savoir quelle est la part de son implication personnelle dans cette décision de parler ou de ne pas parler.*

Par exemple, dire la vérité peut permettre au praticien de se libérer d'un fardeau trop lourd à porter seul, quand cela ne traduit pas une certaine agressivité inconsciente à l'égard de son malade.

A l'inverse, ne pas dire est souvent sous-tendu par le « fantasme de la parole qui tue », par la propre peur qu'a le médecin de cette maladie, ou par sa crainte de ne pas supporter ce que la vérité va déclencher chez son malade. Le soignant peut aussi tirer un sentiment de puissance de ce secret non partagé, tel l'initié qui a seul accès aux secrets de la vie et de la mort.

Nous donnerons un exemple montrant l'importance de l'implication inconsciente du médecin dans cette décision. C'est ainsi que des médecins participant à une formation à la psychologie médicale ont vu en trois ans le pourcentage de patients qui désiraient une information véritable passer de 30 à 80 %, ce qu'ils ont ensuite mis en rapport avec leur propre peur à entrer auparavant en relation et qui illustre la facilité avec laquelle les patients répondent au désir implicite des médecins. Un médecin qui ne désire pas parler suscite peu de questions, et inversement.

En définitive, après avoir essayé de comprendre ce que feront ses paroles sur le malade, après avoir essayé de mesurer son degré d'implication dans ses paroles, *en cas de maladie « banale »,* le médecin a le plus souvent intérêt à donner, en termes simples, toutes les explications demandées, ce qui calme l'anxiété et permet une meilleure participation au traitement.

Il en est de même *en cas de maladie grave, ou invalidante,* ou de chirurgie mutilante, mais il faut insister sur les fonctions qui restent saines, tout en assurant le malade de son aide inconditionnelle dans la lutte à mener.

En cas de maladie mortelle, et notamment du cancer, exception faite des :

– patients qui désirent absolument savoir (en se méfiant toutefois des attitudes de prestance qui cachent souvent une angoisse importante),

– et de ceux qui refusent à tout prix (chez lesquels on peut voir d'ailleurs, si la vérité est dite, une attitude de dénégation),

– on peut conseiller d'annoncer le diagnostic d'une façon intermédiaire, nuancée, qui laisse la possibilité au malade de poser des questions plus précises s'il veut réellement savoir, ou de s'en tenir là.

D'une manière générale nous pensons qu'il conviendrait de ne dire *que la vérité, si ce n'est toute la vérité.*

Au fond ce serait plus au patient, par son attitude implicite ou explicite, de dicter la conduite à tenir, qu'au médecin de décider en fonction de ses préférences personnelles.

6. – AIDE AUX MOURANTS

Nous renvoyons pour plus de détails aux travaux de Guyotat et Berger et à ceux de G. Raimbault.

Chez le médecin ayant à s'occuper d'un mourant se retrouvent mêlés *divers sentiments :* culpabilité, angoisse, impuissance, agressivité, qui ont comme corollaire un certain évitement de la chambre du malade, une mise à distance spatiale et relationnelle.

Notons également deux mouvements classiques :

– Celui de l'interposition d'un tiers (infirmier, famille) ou, le plus souvent, de la maladie (le médecin ne pouvant parler que d'elle, des examens ou des traitements) qui intervient comme bouclier protecteur dans cette relation extrêmement angoissante.

– Lorsqu'une maladie mortelle atteint un malade, le médecin le fige dans ce diagnostic et aura beaucoup de mal à envisager que puisse se surajouter à celle-ci une maladie curable qu'il risque négliger aggravant l'inconfort de son malade.

Possibilités d'aides. Elles comportent deux faces étroitement liées, car dépendant des conceptions théoriques du médecin. *L'aide purement technique* (chimiothérapie, nursing...) n'est en fait qu'à ses débuts alors que les moyens biologiques en permettraient un développement beaucoup plus important. Mais ce développement dépend lui aussi des valeurs du médecin. Or jusqu'ici le soin a prévalu sur le soulagement et les antalgiques ne sont prescrits que la main forcée, lorsque le malade souffre trop. Ceux qui se sont spécialisés dans les soins aux mourants ont montré que les doses globales d'antalgiques diminuaient fortement s'ils étaient prescrits préventivement, le malade pouvant les prendre quand il le désire; cette attitude atténue l'angoisse de la douleur à venir qui est un facteur aggravant. Les malades sont à la fois plus conscients et moins souffrants.

L'aide psychologique consiste avant tout à *ne pas abandonner les mourants à leur solitude.* Continuer à les voir régulièrement, sans se croire obligé d'en faire plus qu'on ne peut est sûrement le plus important : c'est leur donner la possibilité de s'exprimer et de nous dicter notre conduite quant à ce qu'il convient de dire ou pas.

La tâche la plus ingrate est d'ailleurs celle du personnel infirmier et aide-soignant qui est nécessairement confronté quotidiennement au

mourant. Pour supporter cette relation extrêmement pesante, il faut que les soignants puissent en parler et se sentent soutenus par l'institution et le personnel médical. L'expérience a montré que la tenue de réunions où chacun pouvait exprimer librement ses angoisses et ses émotions face à la mort et aux mourants, modifiait l'attitude des soignants et pouvait transformer l'ambiance d'un service.

Mais *la famille* est également concernée par la mort et il ne faut pas la laisser seule. Lorsqu'on perd un être cher, les survivants présentent une « réaction de deuil » faite d'inquiétude et de culpabilité. Ceux qui restent se reprochent diverses erreurs et manquements, souvent peu importants, à l'égard du mort, et peuvent s'accuser de n'avoir pas fait tout ce qu'il fallait pour le sauver. Il est important que le médecin assure la famille que tout a été fait, aussi bien et aussi longtemps que possible et que personne n'a rien à se reprocher.

Remarquons aussi que la famille déplace parfois sa culpabilité et son chagrin sur l'équipe soignante, ce qui se traduit par des revendications et une agressivité d'autant plus difficiles à supporter que les dires de la famille sont pris à la lettre et que leur valeur défensive est méconnue.

IV. – LA DIMENSION PSYCHOTHÉRAPIQUE DE LA RELATION DE SOIN

1. – DÉFINITION

Nous nous trouvons d'emblée confrontés à la difficulté de la définition d'une psychothérapie par le praticien. Nous retrouvons cette difficulté chez tous les auteurs traitant de cette question, et même Balint, auteur du livre « Techniques psychothérapiques en médecine », a pu écrire, dans un autre ouvrage, que l'omnipraticien risquait de perdre son identité s'il devenait psychothérapeute. La tentation est forte, en effet, de continuer à cliver l'activité médicale en une médecine somatique et une médecine psychologique et de ne pouvoir s'intéresser à cette dernière qu'au détriment de la première. Le généraliste n'a pourtant pas fonction de sous-psychiatre ou de sous-psychanalyste. *Son rôle est tout à la fois spécifique et nécessaire,* et pour le bien tenir *il doit unifier en lui les deux courants de la médecine.* De cette unification devrait naître une meilleure compréhension, une thérapeutique plus efficace et un plaisir et un intérêt accrus dans sa pratique.

Une autre difficulté est liée au type même de la pratique médicale et à sa variété. Du premier contact à l'instauration d'un traitement, des examens complémentaires à l'inquiétude et aux interrogations partagées en les attendant, des temps morts dans la relation aux moments les plus

intenses, *toute la pratique médicale est insérée dans une relation thérapeutique* que l'on pourrait même à la limite, qualifier de *psychothérapique* dans la mesure où le médecin prend conscience de ce qu'implique chacun de ses actes dans le psychisme du malade et dans leurs relations.

Nous nous limiterons dans ce chapitre à ce qui est plus spécifiquement psychothérapeutique dans la relation d'un médecin à son malade :

- réconfort et soutien moral,
- aide pendant un passage difficile de la vie sociale, professionnelle, familiale et conjugale,
- traitement des crises dépressives ou anxieuses sans caractère psychopathologique avéré,
- prise en charge des patients névrosés que le médecin ne juge pas nécessaire d'adresser au psychiatre ou qui le refusent.

Les limites de cette liste sont assez arbitraires, car, nous l'avons vu, ces « moments psychothérapeutiques » sont insérés dans une relation thérapeutique, qui forme un tout.

Guyotat donne de la psychothérapie une définition très extensive : *« ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique ».* L'insistance se fait sur le vocable thérapie qui implique que l'élément déterminant est le désir de soigner. Désir de soigner qui est celui du médecin mais qui ne correspond pas nécessairement aux soins souhaités par le patient.

Par contre, dans cette définition, la nature des moyens psychologiques n'est pas précisée. Or toute forme de relation s'appuie sur des moyens psychologiques et a potentiellement un effet thérapeutique dans la mesure où elle sort le sujet de son isolement. Peut-on pour autant parler de psychothérapie pour toute relation sociale tant soit peu bénéfique? Nous ne le croyons pas. Nous pensons que pour qu'il y ait « psychothérapie » il est nécessaire que le médecin soit conscient de la nature des moyens psychologiques mis en œuvre et qu'il exerce un contrôle sur leur déroulement et leurs effets. Le contrôle implique donc une action réfléchie et la référence à une théorie psychologique, garantie de la cohérence de l'approche.

> On appelle psychothérapie tout moyen psychologique contrôlé mis en œuvre dans un but thérapeutique.
>
> Nous étudierons essentiellement la Psychothérapie de soutien, psychothérapie non systématisée, ne visant pas à obtenir une modification importante dans la personnalité du sujet, mais à rétablir, ou à maintenir son équilibre (*).

(*) ABDOUCHELLI T. : Considérations sur les psychothérapies de soutien. *Psychiatries, 26*, mars 76, 19-22.

Nous la définissons comme psychothérapie non systématisée par opposition aux méthodes psychothérapiques ayant un cadre technique plus spécifique. C'est le cas de la psychanalyse, mais aussi de méthodes comme la psychothérapie de relaxation, le psychodrame, la thérapie familiale ou la thérapie comportementale qui ont toutes leurs indications et surtout leurs méthodes propres et dont la pratique est réservée à des spécialistes expérimentés.

Toutefois, dans certains cas, le médecin peut s'aider de quelques-uns de leurs principes : par exemple nous avons envisagé les différentes interactions se produisant entre le malade et sa famille et la nécessité, parfois de faire bouger ces systèmes familiaux bloqués.

2. – PRINCIPES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN

Le travail psychothérapique ne peut se dérouler que si le thérapeute se réfère à une théorie du fonctionnement mental.

Celle-ci a été explicitée dans la première partie de ce livre.

■ ***Attitudes « psychothérapiques spontanées » du médecin :*** Guyotat et Appeau ont décrit schématiquement les types d'attitudes psychothérapiques spontanées du médecin :

– **L'attitude cathartique :** en permettant au patient d'exprimer le conflit éventuel à l'origine de ses troubles, d'extérioriser ses difficultés psychologiques présentes et passées, on peut diminuer, plus ou moins durablement, la tension et l'angoisse et soulager les symptômes fonctionnels. Mais il ne s'agit le plus souvent que d'une décharge temporaire n'entraînant aucune modification des conflits qui avaient donné naissance à cette tension.

– **Les attitudes directives :** sont justifiées dans le modèle « actif-passif » de l'urgence, de la chirurgie, etc. Mais souvent, en fonction de son idéologie propre, de la position morale et sociale qu'il croit devoir assumer, le médecin dirige son patient, ou du moins le conseille fermement, dans sa vie affective, son travail, ses expériences.

Attitude qui ne peut avoir d'effet psychothérapeutique que si elle répond, et cela arrive parfois, à une demande de dépendance, de directivité de la part du patient. L'utilisation délibérée de cette attitude par le médecin répond alors à une action réfléchie, tenant compte de la structure psychologique du patient et correspond donc à une action psychothérapique au sens où nous l'avons définie.

– **Les attitudes activistes :** le médecin dirige non plus par la parole, mais par les traitements imposés, ou par l'intermédiaire de la famille, de l'employeur, ou des organismes sociaux...

Cette attitude n'est, là encore, psychothérapeutique que pour quelques patients qui ne comprennent que ce qui est agi à leur égard, et en ont besoin comme preuve d'intérêt.

– **Les attitudes explicatives :** le médecin explique en détail au patient sa maladie, son évolution, ses conséquences et ses mécanismes. Cette démystification de la maladie, parfois très utile en réduisant chez le malade l'angoisse liée à son imagination, peut être néfaste lorsque celui-ci ne veut rien savoir, ou a besoin de sa maladie.

Nous retrouvons là ce que Balint avait déjà décrit sous les termes de « conseiller et rassurer ». Le réconfort et les conseils sont les traitements le plus fréquemment prescrits par le médecin. Et quoi de plus naturel semble-t-il que d'apporter de la sympathie à un patient en détresse. D'ailleurs celui-ci est souvent soulagé par ce « réconfort » et l'évolution se poursuit favorablement par la suite.

Mais nous avons vu que ce « réconfort » et ces « conseils » ne seront opératoires et efficaces que si le malade les attend vraiment : ils seront par exemple, inutiles pour un patient qui a besoin de son trouble, ou de sa maladie pour une raison ou une autre, ou pour celui à qui la maladie sert à poser d'autres questions (« quel intérêt me portez-vous » par exemple) ou à traduire d'autres conflits (conjugaux par exemple).

En d'autres termes : *ce n'est pas le bon sens qui est thérapeutique mais la façon et le moment de l'utiliser.*

■ ***Attitude psychothérapique réelle.*** – Elle consiste tout d'abord à changer de modèle : abandonner le « modèle technique » pour lequel le malade est un corps à réparer pour passer au « modèle de relation interpersonnelle » et par conséquent :

a) Considérer la maladie ou le trouble comme faisant partie du patient, considérer celui-ci comme un tout et établir un diagnostic global.

b) Accepter de s'impliquer personnellement dans la relation, c'est-à-dire reconnaître que notre propre attitude a des retentissements sur celle du patient, et reconnaître les différents sentiments que celui-ci nous inspire. Ceux-ci comme l'ensemble de notre personnalité médicale, interviendront dans la relation, voire la dirigeront.

En d'autres termes il faut passer de la médecine à une personne à la médecine à deux personnes.

c) Il faut alors renoncer à poser des questions pour *ÉCOUTER* car, comme nous l'avons déjà vu « celui qui pose des questions n'obtient que des réponses » (Balint); il ne perçoit donc rien de la personnalité du patient, de ses conflits et de ses demandes réelles. Nous avons vu précédemment la technique de l'entretien non directif, de l'écoute de la parole latente.

Il faut ici faire deux remarques :

– Il ne s'agit absolument pas de faire une pseudo-psychanalyse; il ne sert à rien d'être silencieux pendant l'entretien ou de faire des interprétations « sauvages », qui peuvent parfois être exactes mais inefficaces, ou même nocives, chez un patient qui n'est pas prêt à les entendre et avec lequel le lien transférentiel n'est ni assez solide, ni assez maîtrisé.

– Lorsque nous parlons d'écoute, il est aussi utile d'observer : l'observation permet de recueillir des données importantes sur les attitudes psychologiques du patient, à l'égard de lui-même, de sa maladie, du médecin. On attachera de l'importance à la mimique, à la posture, au tonus musculaire, et à leurs variations au cours de l'entretien. De même les positions et les mouvements des mains pourront être particulièrement révélateurs.

d) Le médecin doit éviter d'avoir des attitudes schématiques, répétitives, rigides, mais les remplacer par la « réflexion » au sens où le miroir réfléchit : il met alors le patient face à ses conflits et peut alors l'aider à trouver les solutions les plus adaptées à sa propre personnalité. En effet, sauf cas particulier de patients très infantiles ou dépendants, ce n'est pas au médecin de résoudre les conflits à la place du malade.

e) Le médecin peut, à ce moment, percevoir quelle est la *demande* réelle du malade et y répondre. Notons bien que répondre à la demande nécessite parfois de ne pas répondre aux diverses sollicitations présentées par le patient (demandes de visites de plus en plus nombreuses, d'augmentation de traitement, etc.) qui n'ont comme effet que de la camoufler : le patient, si l'on répond à toutes ses demandes, comme le ferait une « mère anxieuse », les augmentera jusqu'à ce que la relation devienne impossible.

Dans ces conditions, le médecin peut utiliser son « Bon Sens » au mieux, conseiller et rassurer à bon escient, adopter de façon adaptée une attitude activiste ou, au contraire, laisser le plus de maîtrise possible à son malade.

f) Nous allons essayer d'expliquer en termes psychodynamiques, les mécanismes mis en jeu dans ce type de relation.

Le « transfert » dans la pratique médicale n'est pas identique à celui qui se déroule au cours d'une psychanalyse. *C'est un transfert essentiellement « narcissique »,* où *le médecin représente « l'idéal du moi » du sujet,* c'est-à-dire ce modèle fait des images condensées des parents, du temps où ils apparaissaient à l'enfant comme des personnages tout-puissants, et où le lien établi avec eux permettait à l'enfant de partager par procuration leur puissance.

Cette image idéale, projetée en avant, permet à l'enfant d'avoir un

projet mobilisateur, une vision puissante et unifiée de lui-même, faisant contre-poids à sa faiblesse et aux frustrations quotidiennes.

Le médecin a toutes les qualités requises pour occuper ce rôle. Face au malade affaibli, souffrant, atteint dans son corps et dans sa puissance, il apparaît comme celui qui a le pouvoir de protéger, d'apaiser, de réparer la blessure, de restaurer la santé. Ce pouvoir, il le doit en grande partie à la position exceptionnelle qu'il occupe *au carrefour entre l'approche corporelle et l'approche verbale* et que l'on ne retrouve que dans les soins maternels et la relation amoureuse.

> Cette position lui permet de jouer un véritable rôle « organisateur » de l'économie psychique de son patient. Par sa présence, son action, l'investissement dont il est l'objet, il rétablit à son niveau l'unité psyché-soma de son patient rompue par la maladie.

C'est son travail de synthèse et d'élaboration psychique qui lui permettra progressivement, par sa parole et ses actes, de restaurer l'unité de son patient, de développer ses propres capacités d'élaboration et de lui redonner une image acceptable de lui-même.

Ainsi, pendant le temps de la maladie, le patient délègue au médecin une partie de ses pouvoirs, à charge pour ce dernier d'assurer le relais et d'exercer ces pouvoirs au bénéfice du malade défaillant. C'est la qualité de la relation, et de l'action psychothérapeutique du médecin, qui permettra à celui-ci de tenir cette fonction et, en retour, de rétablir l'autonomie de son patient et sa capacité à prendre soin de lui, grâce à une véritable « transfusion narcissique ».

Dans ces psychothérapies de soutien l'objectif du médecin n'est pas d'obtenir un remaniement de la personnalité du malade, qui ne surviendrait que par nécessité, ou par surcroît, mais de :

- relayer son Moi submergé et menacé,
- soutenir son narcissisme défaillant,
- suppléer une partie de son appareil psychique débordé,

tout comme la mère aide son enfant à élaborer et à maîtriser les traumatismes qui le débordent et risquent de le désorganiser.

3. – QUELQUES MODALITÉS TECHNIQUES CONCERNANT LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN

■ ***Comment débuter.*** – Après avoir posé tous les préalables personnels (acceptation d'une médecine relationnelle et de sa propre implication, connaissance de ses limites), le médecin peut s'autoriser à débuter une relation psychothérapique. Mais son maniement est délicat et il est

nécessaire de comprendre beaucoup plus de choses qu'il n'est utile d'en dire. Le danger qui guette le débutant est de s'exalter devant ce qu'il comprend et de vouloir le faire partager à un malade qui s'est fortement organisé de façon à ne pas comprendre les choses ainsi. Il peut être dangereux de se précipiter pour mettre à jour et tenter d'interpréter à un patient un conflit qui deviendra extrêmement douloureux, voire insupportable, alors que celui-ci tente de le résoudre par des malaises somatiques. Une aggravation des troubles physiques peut en résulter.

■ ***Durée des entretiens.*** – Il ne faut pas administrer le « Remède-Médecin » à doses trop fortes : le patient doit se sentir soulagé et non dépouillé. En général donc, les entretiens ne doivent pas durer plus d'une demi-heure à trois quarts d'heure.

■ ***Fréquence.*** – Pour la même raison, le rythme le plus habituel est situé entre 15 jours et trois semaines. Si le rythme est plus court, le risque est grand de voir s'établir un transfert véritable avec son intensité affective habituelle (besoin, dépendance, angoisse...) et sa difficulté de maniement.

■ ***Quand s'arrêter.*** – Au mieux lorsque la guérison est obtenue, sinon lorsqu'un des deux protagonistes ne supporte plus ce type de relation. Mais la relation omnipraticien-malade est extrêmement riche, et repose sur des liens diversifiés. Si le lien psychothérapique est rompu, des relations médicales d'apparence purement technique peuvent persister, la psychothérapie pouvant d'ailleurs reprendre par la suite.

Un point sur lequel il faut insister est la nécessité pour un médecin de savoir se décharger assez tôt d'un patient pour lequel il pressent la nécessité d'une thérapie analytique. Savoir se dessaisir d'un patient avant d'avoir bien compris est toujours difficile.

Il faut éviter de garder en psychothérapie de soutien un patient qu'on n'améliore plus, alors qu'il bénéficierait d'une thérapie systématisée. Mais, à l'inverse, il ne faut pas envoyer indument en psychanalyse un patient qui y est mal préparé, ou dont les défenses sont trop fragiles.

■ ***Nécessité de contrôler sa pratique.*** – Le médecin qui pratique ce type de psychothérapie devrait pouvoir en contrôler le maniement dans des groupes type Balint, à l'intérieur desquels il pourrait exposer ses relations avec ses malades; c'est là le meilleur moyen de prendre conscience de sa personnalité médicale et de la façon dont elle intervient dans la pratique. De plus, ces groupes apportent souvent un éclairage nouveau lorsque la situation est bloquée et permettent au médecin de se sentir moins seul devant un cas difficile.

4. – UN EXEMPLE D'INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPIQUE

Pour terminer ce chapitre, nous renvoyons le lecteur aux exemples cités au chapitre 7 de cette partie et surtout à sa pratique et aux groupes de discussion. Nous voudrions cependant rapporter un seul cas du fait de sa valeur exemplaire. Il illustre notamment le poids de la parole des soignants et l'économie de moyens dont peut user la psychothérapie quand elle est bien maîtrisée.

Cet exemple nous a été fourni par le Docteur Kreisler, que nous tenons à remercier.

Une jeune mère amène à son pédiatre son nourrisson âgé de 10 semaines, qui présente des troubles graves du sommeil, réalisant le tableau clinique de l'insomnie précoce du nourrisson, affection psychosomatique, aux conséquences possibles graves, traduisant une perturbation de la relation mère-enfant. C'est le premier enfant de cette femme à qui un gynécologue a prédit, quelques années avant, qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfant, ayant des ovaires en trop mauvais état. Se retrouvant enceinte, elle a alors vécu cette grossesse dans la crainte de mettre au monde un enfant mal formé.

A la naissance, elle entendit dire par la sage-femme, au sujet de son enfant : « Quel petit microbe celui-là ». Depuis, elle est persuadée que son enfant est chétif et se développe anormalement, ce que, pour elle, vient confirmer l'insomnie.

Le pédiatre déshabille entièrement l'enfant, l'examine longuement et lui dit simplement : « Madame, votre enfant est tellement beau que je ne puis pas croire que le gynécologue ait pu vous dire une chose pareille. » Les troubles du sommeil ont disparu et l'enfant se développe normalement.

Malgré son côté spectaculaire, cette observation n'a rien de magique. S'ils ne sont pas constants, de tels faits ne sont pas exceptionnels. Il est assez classique que les troubles reflétant une perturbation précoce de la communication mère-enfant, disparaissent immédiatement quand on a pu modifier la qualité de cette communication. Ce n'est possible que si la perturbation est récente et ne s'est pas profondément organisée. Cette organisation, une fois établie, les conséquences à long terme en sont souvent sévères.

Dans cette observation on peut noter :

– le rôle iatrogénique de la parole prédictive du gynécologue, qui est entendue comme un interdit venant cristalliser une angoisse latente, dont l'origine est vraisemblablement liée à un conflit névrotique;

– la grossesse est ressentie comme une véritable transgression de l'interdit qui ne peut être que punie par une malformation de l'enfant. En effet, au lieu de cesser d'accorder toute valeur à la parole du gynécologue qui s'était trompé, la jeune femme continue de croire en la vérité de la menace qui se traduirait par un enfant malformé;

– dans ce contexte, la parole, somme toute banale, de la sage-femme, est entendue comme une confirmation et une concrétisation de la menace;

– l'angoisse de la mère se transmet à l'enfant, perturbant une de ses fonctions physiologiques, le sommeil, probablement par excès de stimulation de la part de la mère qui ne peut jouer un rôle apaisant. Le trouble de l'enfant contribue à renforcer la mère dans sa croyance en une malformation de l'enfant : le cercle est fermé et le trouble s'auto-entretient;

– le pédiatre intervient alors en médiateur, brisant l'auto-entretien du trouble. Sa parole porte et a un effet rassurant et apaisant sur la mère, levant ses craintes, du fait :

- qu'elle reprend exactement les paroles iatrogéniques du gynécologue pour les annuler,
- qu'elle est prononcée après un examen physique minutieux et approfondi, en montrant le sérieux et lui conférant toute sa valeur,
- que le pédiatre, à l'aide des moyens énumérés ci-dessus, a su créer une relation de confiance lui permettant vraisemblablement d'occuper la place d'une image parentale bénéfique, s'opposant à l'image maléfique qu'avait prise le gynécologue par sa parole maladroite.

Bibliographie d'orientation

BALINT M. et BALINT E. – *Techniques psychothérapeutiques en médecine,* Payot, Paris, 1966.
BRAUN R.W. – *Pratique critique et enseignement de la médecine générale,* Payot, Paris, 1979.
COLDEFY J.M., OUGHOURLIAN J.M. – *Approche psychosomatique de la pratique médicale et chirurgicale,* Privat, Toulouse, 1975.
GUYOTAT J. – *Psychothérapies médicales,* Masson, Paris, 1978.
RAIMBAULT G. – *Médecins d'enfants,* Seuil, Paris, 1973.
SAPIR M. – *La formation psychologique du médecin,* Payot, Paris, 1972.
SOURNIA J.C. – *Mythologie de la médecine moderne,* PUF, Paris, 1969.
VALABREGA J.P. – *La relation thérapeutique malade et médecin,* Flammarion, Paris, 1962.

TROISIÈME PARTIE

POUR CONCLURE

Nous voudrions adresser une mise en garde aux soignants qu'intéresse la perspective apportée par la psychologie médicale et donner deux exemples de champs de la pratique soignante où peut s'exercer cette perspective d'une manière qui nous paraît particulièrement féconde.

I. – UNE MISE EN GARDE : INFORMATION THÉORIQUE ET FORMATION PRATIQUE SONT INDISSOCIABLES

■ ***L'information théorique*** permet :

– de percevoir ce qui sans elle passerait inaperçu,

– de relier à une conception globale de la personnalité et du fonctionnement psychique, un ensemble de manifestations et de conduites qui sans cela resteraient éparses et apparaîtraient incompréhensibles. Cela permet de leur donner un sens et d'adopter à leur égard une attitude rationnelle.

C'est un outil de travail.

■ ***La formation pratique*** permet :

– De mettre à l'épreuve cet outil, le validant ou le modifiant à la lumière des faits concrets.

– D'apprendre à se servir concrètement de ses connaissances et d'en voir les applications.

– De mesurer l'importance et les conséquences de l'implication personnelle du soignant dans la mise en application de ses connaisssances.

■ ***Comment peut se réaliser cette synthèse? Les groupes de formation.***

– par l'exercice professionnel;

– mais aussi par la discussion et la confrontation des expériences personnelles avec celles des autres.

L'expérience montre que c'est actuellement la meilleure méthode de formation. Les *groupes de discussion* chez les étudiants et les groupes du type *groupes Balint* chez les médecins praticiens en représentent les formes les plus répandues.

Ils ont en commun :

– de se dérouler à *petits effectifs*. Dix est le chiffre idéal. Au-dessus l'apparition de sous-groupes est pratiquement inévitable avec non participation d'une partie des membres. Malheureusement des impératifs pratiques et économiques obligent, pour les étudiants, à former des groupes plus importants;

– de nécessiter une *durée suffisante* dont l'optimum serait autour de 3 ans avec toutefois d'importantes variations personnelles;

– d'avoir une *grande régularité* afin que d'une séance à l'autre un lien puisse s'établir et un mouvement dynamique se dessiner;

– d'être centrés autour d'un ou deux *animateurs de groupe* qui sont les garants de l'unité et de la cohérence du groupe; qui focalisent les idéaux et projections imaginaires des participants; qui interprètent la dynamique du groupe.

En *l'absence* de ce lien étroit entre formation et information, le soignant risque d'utiliser ses connaissances comme une carapace défensive supplémentaire et comme une arme à seule fin d'accroître son pouvoir.

Son implication personnelle dans la formation est le seul moyen d'atténuer ce risque et d'unifier ses connaissances, sa façon de s'en servir et sa personnalité.

II. – LE FONCTIONNEMENT HOSPITALIER : UN CHAMP D'APPLICATION POSSIBLE DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE

L'ensemble du fonctionnement de l'hôpital nous semble concerné au premier degré par ce que nous avons dit de la psychologie médicale. L'hôpital est en effet :

– un *lieu de soins* et en cela tout ce que nous avons dit de la relation de soin y est applicable;

– mais aussi un *lieu de recherche* qui devrait concerner tout le champ de la psychologie médicale au même titre que les autres paramètres de la pathologie;

– enfin un lieu ayant *des caractéristiques de fonctionnement propres*, différentes de celles de la médecine praticienne, dont la psychologie médicale doit tenir compte et qui rendent, nous allons le voir, particulièrement nécessaire son application.

1. – LES CARACTÉRISTIQUES DE L'HOSPITALISATION

■ ***L'hospitalisation accentue certains traits de la relation soignant-soigné*** et contribue à la déséquilibrer au détriment du malade :

– *Accroissement de l'inégalité* de la relation et du sentiment d'infériorité et de dépendance du malade.

– *Accroissement de l'aspect technique,* de la centration des intérêts sur le corps et la maladie au détriment de la relation, de la parole et de la personnalité du malade.

Les dimensions de l'hôpital, la multiplicité du personnel, sa haute compétence supposée, l'absence de relation antérieure personnalisée, s'associent pour contribuer à écraser le malade. D'autant que s'il va à l'hôpital c'est souvent parce que son cas est grave ou demeure incompréhensible. Autant de facteurs qui se conjuguent pour accentuer *la vulnérabilité du malade et augmenter son désarroi et ses réactions de stress.*

■ ***L'hospitalisation implique un fonctionnement groupal chez les soignants.*** Ceci indépendamment de tout choix de modalités particulières de fonctionnement : travail d'équipe, communication verticale hiérarchisée ou horizontale... La relation duelle, même si elle se recrée dans un dialogue privilégié avec un soignant, est nécessairement tributaire d'un réseau relationnel beaucoup plus vaste qui la modifiera considérablement.

Ceci impliquera :

– Des problèmes au niveau de *la circulation de l'information* qui peut être étouffée, déformée, diluée.

– Des problèmes *relationnels* entre les différents membres soignants.

Les deux ordres de problèmes sont, bien sûr, très liés.

2. – L'APPORT DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE AUX DIFFICULTÉS LIÉES A L'HOSPITALISATION

■ ***Les réponses possibles aux effets traumatiques de l'hospitalisation.***

Nous avons vu que l'hospitalisation présentait par elle-même les conditions suffisantes pour induire un effet de stress et de désorganisation du contrôle émotionnel du malade avec ses effets pathogéniques possibles (1re partie, chap. 5).

Des mesures relativement simples pourraient atténuer aisément ces

risques. Souvent elles ne sont pas prises par ignorance de leur importance, leur caractère banal en faisant méconnaître la valeur et la portée.

L'accueil, par exemple, est un moment où le malade est particulièrement vulnérable. Les paroles et les attitudes à son égard prendront de ce fait une importance très grande pour le blesser ou au contraire l'apaiser. Il n'est pas difficile, même si on ne l'a pas vécu, d'imaginer ce que peut être l'angoisse d'un malade arrivant aux urgences d'un hôpital : inquiétude sur la nature de l'affection, coupure d'avec la famille, précipitation dans un monde inconnu, cohue des urgences, promiscuité, sans parler des répercussions des effets physiques de la maladie (douleur, fièvre, malaises divers...); puis ce sera le défilé anonyme du personnel (interne de garde, infirmières des urgences puis de la salle d'hospitalisation, brancardiers, personnel administratif), le parcours du dédale des couloirs d'une salle à l'autre, de la radiologie à la salle opératoire, le défilé des examens complémentaires...

Dans ces conditions il peut suffire de serrer la main, de se nommer, d'expliquer la nature et les raisons des différentes démarches pour que le climat psychologique change notablement et que l'angoisse s'apaise.

S'il est particulièrement aigu et exemplaire dans le cas des urgences, le problème de l'accueil se posera à toutes les étapes nouvelles de l'hospitalisation, c'est-à-dire *devant toute situation d'inconnue.*

Trois grands principes pourraient en permanence guider l'attitude des soignants quelle que soit la nature de leur fonction :

– *personnaliser la relation pour éviter l'inconnue anxiogène;*

– garder présente à l'esprit *la fonction « organisatrice » du soignant,* en étant cohérent dans son attitude et en explicitant le sens de ce qu'on fait;

– *permettre au malade d'avoir un rôle actif,* ne serait-ce qu'en rendant possibles des questions.

L'application de ces principes permet au soignant de jouer son rôle de gardien et de restaurateur du narcissisme menacé de son patient, dont nous avons vu, au chapitre précèdent que c'était une des taches de la relation de soin.

Une telle attitude aura d'autant plus de chance de faire partie du comportement habituel des soignants et sera d'autant plus généralisée, et donc cohérente et efficace, que *le chef de service* la pratiquera et en aura expliqué l'importance. Mais ceci nous amène à parler de la cohérence interne du groupe soignant.

■ ***Les aménagements de la relation groupale à l'hôpital.*** – Qu'on le veuille ou non, que cela soit souhaité ou redouté, le fonctionnement d'un service hospitalier implique des relations de groupe. Nous en avons souligné l'importance et les conséquences sur la nature et la qua-

lité de la relation soignant-soigné et sur la circulation de l'information.

A l'instar de la famille, le groupe soignant va fonctionner comme un système fermé. Si la communication se fait mal à l'intérieur du système, comme entre le système et son environnement, plusieurs risques sont encourus :

– **Une perte d'information préjudiciable au malade.** – Par exemple, ce ne sera pas nécessairement le médecin responsable du malade qui recueillera le maximum d'informations sur les éléments nécessaires à l'établissement de ce que nous avons appelé le diagnostic global. Bien souvent le malade les aura livrés épars à différents membres du groupe soignant qui, par leur multiplicité, font fonction d'entretien non directif et facilitent un fonctionnement en association libre du patient. Les soignants recueillent ainsi les données fournies par ce genre d'entretien, alors que le médecin n'aura pas pu les obtenir car trop occupé par son interrogatoire méthodique et technique, et prisonnier de son image de technicien lointain et inquiétant. Si ces informations ne sont pas rassemblées, unifiées, elles apparaîtront plus ou moins incohérentes, sans intérêt et seront perdues ou inutilisables.

– **Un parasitage de la communication par les conflits entre soignants.** – Par exemple retenir l'information est un moyen facile pour tout soignant d'exercer un *pouvoir* et de s'opposer à un autre soignant. Moyen d'autant plus aisé à utiliser qu'il se prête facilement à son utilisation inconsciente sous la forme d'oublis et d'actes manqués, permettant au conflit d'être agi sans qu'il ait à être clairement reconnu.

Les patients peuvent également utiliser ces conflits pour en tirer des *« bénéfices »* qui portent préjudice au bon fonctionnement du service mais aussi souvent à leur santé. C'est ainsi que certaines personnalités cherchent constamment à partager le groupe en deux « les bons » et « les mauvais ». Il est bien évident que cette attitude sera facilitée et ses conséquences aggravées s'il existe des dissensions non contrôlées dans le groupe. Les rôles de bon et de mauvais seront alors perçus sans recul ni relativisation et pris au pied de la lettre pouvant rendre l'atmosphère insupportable et conduire à des passages à l'acte plus ou moins graves : troubles de la communication, tels que nous venons de les envisager, entravant la qualité des soins, réactions agressives ou dépressives de celui qui se sent enfermé dans le rôle de mauvais...

La cristallisation sur un *« bouc émissaire »* des conflits d'un service, de l'agressivité et de tous les éléments jugés mauvais, peut faciliter dans un premier temps les relations entre les autres membres mais se révèle un moyen très dangereux. Il est source de passages à l'acte comme nous venons de le dire, et il entretient une illusion pernicieuse : celle d'un fonctionnement idéalisé entre les membres qui, en fait, évite au groupe de mûrir, grâce à une élaboration des conflits, ceux-ci, sont dans ce cas

systématiquement éludés et déplacés sur le bouc émissaire dont la présence est alors nécessaire au fonctionnement du service. Une désillusion brutale surviendra tôt ou tard, désorganisant l'équipe et préjudiciable à chaque individu.

– **Une perte importante d'énergie** est le résultat inéluctable de cette mauvaise communication. Beaucoup d'énergie devra être dépensée pour recueillir une information qui circule mal, compenser ces insuffisances et maintenir la cohésion du groupe. Plus la synergie d'entretien d'une équipe est faible, plus la synergie effective est grande.

En d'autres termes, plus le fonctionnement d'une équipe sera harmonieux, plus elle sera efficace car disponible pour ses activités de soin.

■ ***Comment améliorer la qualité de la communication du groupe soignant?*** Quelques principes peuvent guider son action :

– **Tous les membres du groupe** doivent comprendre l'intérêt d'une bonne communication, condition pour obtenir leur adhésion et les motiver.

– **Les attitudes au sein d'un groupe sont contagieuses** et ont une valeur exemplaire. Elles sont susceptibles de déclencher des attitudes semblables ou des contre-attitudes, d'autant plus que les personnes seront plus investies : d'où le caractère souvent déterminant de l'attitude du chef de service. On peut ainsi remarquer que les infirmières se comportent souvent avec les malades d'une façon semblable à celle que les médecins adoptent à leur égard.

– **L'information doit être valorisée** si on veut l'obtenir. Pour cela toute information, venant de toute personne doit pouvoir être dite et être entendue sans dévalorisation ni ironie. La sélection se fera dans un second temps. Sinon les critiques fonctionneront comme un interdit et les communications ultérieures seront inhibées ou sélectionnées en fonction de ce qui sera susceptible de plaire.

– **La communication,** pour se maintenir, *ne doit pas se faire à sens unique.* Un minimum d'information doit revenir en retour à tous les soignants sur le sens de leur action, l'importance de leurs informations et les conséquences qu'elles ont eu.

L'échange d'information ne peut se faire que si chacun se sent valorisé dans ce qu'il a à dire et si la parole de chacun reçoit la même qualité d'écoute.

■ ***Comment ces principes peuvent-ils être mis en pratique :***

Ils ne peuvent l'être que :

– si leur importance est reconnue,

– si on donne les moyens de les mettre en pratique.

Pour cela *des canaux formels de communication doivent être prévus.*

Les bruits de couloirs, les bouches à oreilles sont dangereux, imprécis et incomplets. Ils favoriseront les phénomènes de clivage en sous-groupes antagonistes. Ces canaux de communication sont le plus souvent les cahiers de transmission, la visite et surtout les réunions.

La réunion de service peut être un moyen privilégié pour permettre une communication efficace, si elle est utilisée dans ce sens, c'est-à-dire si on y applique les principes que nous venons d'énumérer.

Pour jouer un rôle elle doit avoir lieu régulièrement et non sous la pression des événements. Elle doit également regrouper l'ensemble des soignants et pas seulement une catégorie de ceux-ci, quitte à ce qu'il y ait d'autre part des réunions plus limitées, avec d'autres objectifs.

Ce type d'échange peut être facilité par l'introduction d'un médiateur, plus spécialisé dans la communication, psychologue ou psychiatre. Le danger réside dans ce cas dans la possibilité de voir les soignants se décharger sur le « spécialiste » de tout rôle actif. Si la réunion n'est pas directement centrée sur le fonctionnement concret du service, et s'il n'y a pas engagement personnel des soignants, la réunion devient une formalité vide de sens et inefficace.

■ ***L'humanisation des hôpitaux passe par l'application de ces principes.*** Qui dit humanisation signifie en effet le désir de tenir compte des besoins véritables des malades. Ils ne sont pas uniquement matériels mais impliquent une prise en compte des besoins psychologiques et de la personnalité des malades.

– **Humaniser c'est réintroduire l'humain dans le fonctionnement** de l'hôpital, c'est-à-dire éviter que ce dernier ne soit réduit au rôle d'usine à réparer des organes endommagés. Tout ce que nous avons pu dire du lien entre psyché et soma en montre l'importance.

– **Humaniser c'est permettre à chaque malade de continuer à vivre en être humain :**

– en tenant compte de ses valeurs de référence,

– en sollicitant au maximum l'ensemble de ses possibilités de fonctionnement, non seulement physiologiques mais également mentales,

– en lui évitant d'être désorganisé par l'angoisse et submergé par ses réactions émotionnelles et en lui facilitant l'accès à la parole et à la possibilité de lier et de symboliser ses affects.

C'est là retrouver la définition dynamique de la santé donnée en 2e partie, chap. 7.

– **Humaniser c'est rendre conscients les soignants qu'ils sont dépositaires** d'une partie du narcissisme des patients, qu'ils doivent jouer un *rôle organisateur* et à cette fin *développer leurs propres capacités de mentalisation.* Ils pourront ainsi éviter que ce qui ne serait ni pensé, ni de ce fait maîtrisable par le service, ne soit agi dans des passages à l'acte préjudiciables.

De plus en plus de services hospitaliers recourent à ce type de fonctionnement. L'expérience montre que l'ambiance et la qualité du fonctionnement en sont transformés. Nous l'avons signalé à propos, par exemple, de l'aide aux mourants. Un autre fait est également révélateur de cette transformation : on peut constater dans ces cas que l'appel au psychiatre notamment pour violences et agitation, diminue parallèlement à l'amélioration du fonctionnement groupal du service.

■ ***Un exemple.*** Nous voudrions pour terminer donner un exemple : il s'agit de l'observation, consignée par des externes, d'une malade hospitalisée à plusieurs reprises. Une nouvelle externe du service, participant à un groupe de formation de psychologie médicale, a, après un entretien avec la malade et plusieurs de ses soignants, réécrit l'observation que nous donnons en second. La juxtaposition des deux observations nous semble bien illustrer l'impact et la place possibles de la psychologie médicale.

1) **Relevé de l'observation :**

1970 : Mademoiselle X. Histoire de la maladie : malade de 25 ans; étrangère en France depuis deux ans. Consulte son médecin traitant pour vertiges, vomissements, asthénie, épistaxis. Celui-ci découvre une hypertension modérée à 18/10. Lors du bilan de cette H.T.A., on découvre une insuffisance rénale (urée 1,20 g, créatinine sérique 25 mg...).

La malade est suivie régulièrement à la consultation. Prescription d'un traitement.

Mars 1973 : aggravation brutale de l'insuffisance rénale : œdème des membres inférieurs, vomissements, douleurs lombaires, insomnie, agitation, angoisse, vertiges. Perte de poids (s'alimente très peu). T.A. 22/12.

Traitement : régime, traitement antihypertenseur, rééquilibration hydro-électrolytique.

Les examens complémentaires concluent à une insuffisance rénale chronique par malformation congénitale (compte rendu de l'urographie, et d'une ponction-biopsie rénale).

La malade sort un mois plus tard.

Juin 1973 : Madame X. est réhospitalisée en juin 73 pour aggravation de l'état général, poussée hypertensive, troubles digestifs : n'a pas suivi son régime (malade difficile à interroger, étrangère parlant mal le français).

Suit un examen général complet, des copies d'examens biologiques concluant à une aggravation manifeste de l'insuffisance rénale tant sur le plan « symptômes » que biologique.

Puis, consciencieusement noté de la manière suivante :

– psychologie : problème psychiatrique certain, a d'ailleurs été suivie par un psychiatre, ce qui l'a améliorée semble-t-il.

Au cours de l'hospitalisation, l'aggravation de l'insuffisance rénale nécessite le passage de la malade au rein artificiel trois fois par semaine.

La malade supporte assez mal ses séances de dialyse : vomissements fréquents, chute de T.A., crampes.

Septembre 1973 : depuis juin 1973, la malade est toujours hospitalisée : son état s'améliore peu, poids insuffisant, la TA reste élevée, on note une insomnie tenace, accompagnée de céphalées; parfois « crises de larmes », épisodes d'agitation.

2) En fait **l'observation pourrait être rédigée d'une toute autre façon :**

1970 : Mademoiselle X. Étrangère, en France depuis deux ans consulte son médecin pour...

Découverte d'une H.T.A.

On note des malaises fréquents avec vertiges, sueurs, insomnies, angoisse (« je vais avoir mal »), « crises de larmes ». Symptômes nettement majorés par la malade.

Situation familiale : célibataire.

Père éthylique, « fou », violent.

La malade dit que sa première relation sexuelle avec un ami de son père de 25 ans plus âgé qu'elle, l'a traumatisée : « Depuis je ne me sens pas bien. »

Mars 1973 : La malade doit se marier. Trois jours avant la date prévue du mariage, elle est hospitalisée en urgence pour aggravation brutale des symptômes.

Sort un mois plus tard.

Se marie fin mai 1973.

Juin 1973 : Madame X. est réhospitalisée. Elle devait partir en vacances avec son mari, dans son pays d'origine, une semaine plus tard.

Examen... conclusion.

Depuis cette malade a été constamment hospitalisée; chaque fois que son état s'améliore et qu'on envisage sa sortie, elle se plaint de malaises, de douleurs et l'aggravation est confirmée sur le plan biologique. Mais on apprend qu'à ce moment-là, elle triche sur son traitement et son régime et refuse de s'alimenter.

En séance de dialyse, se comporte de façon assez remarquable (observée par les infirmières) : arrive en chemise de nuit vaporeuse, joue la coquette mais en même temps montre qu'elle est très malade (c'est à cette heure-ci la seule femme à être dialysée avec 5 autres malades hommes dyalisés).

Au branchement, pousse des cris, fond en larmes. Dès qu'elle se sent abandonnée, est prise de crises particulières : agitation, propos incohérents, faits des efforts pour vomir. Sur le plan organique, chute de TA, accélération du pouls.

Il semble que cette malade se complaise dans cette situation « sécurisante » qu'est l'hôpital. Elle déclare que son mari est dégoûté par la maladie qu'elle a, qu'il a peur de la machine (rein artificiel).

En fait la malade redoute les rapports sexuels avec son mari; quand celui-ci lui rend visite, elle s'arrange pour dormir, ou se plaint d'être fatiguée, appelle l'infirmière pour le bassin...

Son mari s'arrange pour être le moins gênant possible.

Il paraît impossible de faire envisager l'avenir à cette malade (sortie de l'hôpital, vie avec son mari...), du moins au cours de ce premier entretien.

On peut tirer quelques conclusions de cette confrontation de deux types d'approche :

– Le problème « psychiatrique » est en fait plus complexe qu'il n'y

paraissait au premier abord et, surtout, il ne peut pas être séparé du reste de la pathologie.

Si l'externe fit une observation médicale jugée satisfaisante pour ses « supérieurs », il n'a pas, pour autant que l'on puisse juger son observation, lié avec la malade la relation nécessaire pour aller plus au fond du problème psychiatrique. Celui-ci reste en fait le problème du psychiatre qui d'ailleurs a amélioré la malade.

La difficulté provient du fait que la cause organique des symptômes existe et qu'elle se présente comme une maladie sévère, de sorte que la dimension psychologique est totalement ignorée par le clinicien.

Chaque rechute est interprétée seulement sur le plan organique. Or, on assiste chez cette malade à une véritable phobie de la sortie de l'hôpital, qui signifie pour elle : être avec son mari, ce que, consciemment ou inconsciemment, elle refuse.

Séparer l'approche somatique et l'approche psychologique est, dans ce cas, une erreur grave. C'est donner une réponse symptomatique sans s'attacher aux causes véritables des rechutes et de l'aggravation : l'inobservance du traitement et du régime, associée peut-être aux répercussions physiologiques de l'angoisse devant la perspective de la reprise de la vie commune avec le mari.

On a le sentiment que les choses peuvent continuer indéfiniment ainsi tant que la malade est abordée partiellement par chaque spécialiste, sans que personne n'en fasse la synthèse et l'unifie. Chaque spécialiste, néphrologue d'un côté et psychiatre de l'autre, semble faire correctement son travail et obtient d'ailleurs des résultats. Mais ils sont temporaires, parce qu'ils laissent demeurer les causes. Du fait de la séparation des rôles, personne ne semble prendre conscience de l'aggravation de la situation et surtout de ce que cette évolution n'est pas nécessairement fatale et qu'il serait possible de tenter de l'améliorer en étudiant de façon urgente et approfondie la situation globale de cette malade.

Remarquons également :

– que cette malade tire des bénéfices secondaires importants de sa situation de malade; qu'elle érotise les examens et la dialyse sur un mode masochiste qui semble répéter la situation avec son père et la première liaison sexuelle traumatique;

– que les facteurs psychologiques ont pu jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie et son aggravation (mariage), mais on manque de données suffisantes pour l'affirmer;

– que cette situation est rendue compréhensible grâce aux informations rapportées par les infirmières de dialyse;

– que l'attitude de la malade risque d'être interprétée comme une provocation et aboutir à son rejet par l'équipe soignante, répétant là encore le lien masochiste avec son père;

– seul un travail d'élaboration de l'ensemble des informations la concernant peut permettre de donner sens à son histoire et d'éviter qu'elle s'enferme dans la répétition et le passage à l'acte (inobservance des prescriptions) accroissant ainsi le risque de mort;

– seule cette compréhension peut permettre d'agir avec cohérence : en unifiant et rationalisant les attitudes à l'égard de la malade; en rendant les soignants attentifs à l'ensemble des données de son cas; en permettant d'aborder avec elle ses conflits, certes avec beaucoup de prudence et par un travail coordonné avec un psychiatre, mais en sachant où aller; en envisageant peut-être d'impliquer le mari, voire de proposer une thérapie de couple;

– la gravité du cas, sur le plan organique, nécessite des mesures urgentes et rationnelles qui ne peuvent être prises que si on tient compte des données psychologiques.

III. – LA PLACE DE LA PSYCHOLOGIE MÉDICALE DANS LA PRÉVENTION

La prévention est un objectif prioritaire de la santé. Elle n'est possible que dans un temps second, quand on connaît les maladies qui nous menacent ainsi que leurs causes et leurs mécanismes pathogéniques. Nous sommes justement à un moment de l'évolution de la médecine où les progrès dans la connaissance des maladies nous permettent d'espérer beaucoup de la prévention et nous avons vu au chapitre préliminaire l'importance qu'on était désormais amené à accorder aux facteurs d'environnement dans l'amélioration de l'espérance de vie.

> La prévention implique une vision élargie de la santé prenant en compte l'homme en situation dans son milieu et ayant pour finalité l'utilisation optimale de ses potentialités.

Cela correspond à la définition de la santé que nous avons donné 2e partie, chapitre 7.

La préservation de la santé nécessite qu'il soit tenu compte de tous les facteurs susceptibles de l'influencer. Un choix pourra alors être opéré afin de fixer les priorités en fonction de l'importance de chaque facteur, et de la possibilité d'action sur lui. On distingue trois types de prévention :

■ ***Une prévention primaire*** qui concerne l'environnement socio-économique : l'habitat, la famille, le travail, les loisirs... Elle déborde

largement l'enseignement de psychologie médicale. On ne doit jamais oublier cependant qu'une mesure d'ordre général ne peut être totalement dissociée de la façon dont elle est appliquée et vécue par chaque individu. C'est la condition pour que l'on puisse en apprécier véritablement les effets et éviter qu'un symptôme ou un fléau social n'ait disparu que pour donner naissance à une nouvelle manifestation.

■ ***Une prévention tertiaire*** qui concerne le trouble déjà instauré et qui cherche à éviter son aggravation, sa chronicisation ou l'apparition de troubles secondaires. Nous y avons insisté à plusieurs reprises au long de cet ouvrage, en particulier à propos de la régression; des bénéfices secondaires de la maladie; de l'investissement dont peut être l'objet un handicap et de son rôle de fixation de l'angoisse; enfin des répercussions de la parole et des attitudes des soignants et de leurs effets iatrogéniques possibles.

■ ***Une prévention secondaire*** qui a pour fonction de créer au niveau de l'individu les conditions optimales au maintien de sa santé; de repérer les signes révélateurs de difficultés de fonctionnement afin d'éviter leur organisation en pathologie; et de prévenir une utilisation iatrogénique des mesures médicales et de prévention elle-même.

Nous allons développer chacun de ces points de prévention secondaire car ils nous paraissent constituer l'aspect le plus original et peut-être le plus prometteur de la prévention et parce-que l'apport de la psychologie médicale y est déterminant.

– **Créer les conditions optimales au maintien de la santé** suppose des mesures biologiques maintenant bien connues (hygiène, alimentation, équilibre, prévention des carences vitaminiques, vaccinations...) mais également des *mesures psychologiques* qui doivent s'appuyer sur les données concernant le développement de la personnalité telles que nous les avons fournies en particulier dans la 1re partie, chapitre 2.

> Les conditions du développement de la personnalité sont un paramètre essentiel de la santé présente et future de l'individu.

Rappelons les principaux points que les soignants devront favoriser dans leur action préventive :

– *Un apport relationnel quantitativement et qualitativement suffisant* dès l'enfance. L'enfant ne peut développer ses capacités que s'il rencontre dans son environnement un apport suffisant de stimulations affectives et un attachement sûr.

– *Un accès progressif à une autonomie croissante,* favorisant les *conduites actives* chez l'enfant. Évolution qui nécessite la perception

claire par l'enfant d'interdits posés par l'entourage; interdits qui fonctionnent comme limites et comme repères, permettant à l'enfant de se situer. Les situations conflictuelles sont périodiquement inévitables : on doit en favoriser la maîtrise et l'élaboration.

– *Une ouverture à la parole et à la symbolisation* qui doivent jouer un rôle de liaison entre affects, représentations mentales et vécu corporel, prévenant tout clivage trop important entre psyché et soma.

– *Une prévention des effets désorganisants des traumatismes et de l'angoisse excessive,* grâce au rôle de soutien, de liaison et de création de sens, de l'appareil psychique des adultes. Les soignants devront veiller à soutenir les adultes dans cette tâche et les suppléer s'ils se trouvent eux-mêmes débordés et désorganisés.

– **Repérer les signes révélateurs de difficultés de fonctionnement** découle des mesures précédentes. Ce point peut être particulièrement illustré par les *perturbations de l'interaction mère-enfant.* Elles sont un bon exemple de l'importance de la prévention. Elles témoignent en effet d'un trouble de la communication entre la mère et l'enfant et d'une mauvaise adaptation réciproque. Souvent labiles et bénignes au début, elles peuvent être lourdes de conséquences si on les laisse s'organiser en un trouble durable. Le symptôme peut régresser de lui-même par la suite, mais la personnalité restera marquée, car, à ces périodes de grande sensibilité, tout imprègne l'enfant et l'organisation de sa personnalité. Ce qui n'a pas eu lieu au bon moment se rattrape difficilement et les distorsions laissent des traces durables.

> La mère et son nourrisson forment une unité psychosomatique. La mère est la dépositaire des fonctions non encore acquises par l'enfant et doit l'aider à s'organiser et lier les tensions qu'il ne peut lui-même élaborer et métaboliser. C'est un rôle analogue que le soignant peut être amené à tenir pour aider la mère et rétablir un équilibre perturbé.

La pathologie psychosomatique du nourrisson montre bien comment le corps et ses fonctions physiologiques peuvent réagir immédiatement aux troubles relationnels et de la communication et parler à la place d'une parole absente. « L'expression somatique tient le devant de la pathologie conflictuelle », selon l'heureuse expression de L. Kreisler.

Il est important de ne pas minimiser les troubles et de ne pas se contenter de leur appliquer un traitement symptômatique isolé. La véritable prévention consistera à les entendre comme des appels, témoignant de la souffrance de cet organisme et de cette personnalité en formation qu'est le nourrisson.

Des équipes médico-sociales commencent à s'intéresser à cette prévention précoce, riche de possibilités. Citons, par exemple, le document

sur la prévention médico-psycho-sociale précoce publié par le Centre d'Orientation Psychologique et Sociale du 14e arrondissement de Paris (Dr M. Soulé). Les auteurs s'attachent à répertorier des *indicateurs de risques* ou « clignotants », constitués de symptômes de l'enfant ou de certains types de demandes des parents, indiquant une souffrance masquée qu'il conviendrait de traiter avant qu'elle ne risque de s'organiser en une pathologie lésionnelle ou en un trouble de la personnalité susceptible de la fragiliser et de compromettre son développement ultérieur.

– **Prévenir une utilisation iatrogénique des mesures médicales et préventives.** – Le classique *« Primum non nocere »* reste toujours valable. Nous avons souvent insisté sur les pouvoirs et donc les risques que comporte l'action des soignants : risques par omission, par ignorance, par maladresse, par négligence, par excès de soins ou par leur mauvaise utilisation. La liste est longue. Relevons seulement quelques points essentiels à nos yeux :

– *Éviter la complicité patients-médecins* dans leur désir d'organiser une maladie, nommable et chosifiable, là où il n'y a encore que malaise ou souffrance indéfinis. L'enfermement dans un rôle de malade peut être l'aboutissement d'une quête affective et d'identité qui ne trouve pas à se résoudre.

– *Éviter de répondre par un médicament* à toute demande de soins et comme solution à tous les problèmes.

– *Éviter d'enfermer le malade dans son corps* et de répondre par un passage à l'acte à un passage à l'acte; mais ouvrir le malade à la dimension de l'échange, de la réflexion, de la parole. Lui apprendre à utiliser son appareil psychique comme un outil protecteur et un des instruments de la santé.

– Éviter que les soins et les mesures préventives soient utilisés comme un *moyen de calmer l'anxiété* du soignant ou d'*affirmer son pouvoir* mais faire en sorte qu'ils correspondent aux besoins du patient et s'adaptent à sa personnalité et à ses choix de valeurs.

Nous avons donné quelques principes susceptibles de diriger la prévention dans le domaine de la santé. Nous avons, bien sûr, insisté sur ceux qui tirent leur raison d'être de l'enseignement de la psychologie médicale. Nous ne pouvons en détailler toutes les applications pratiques. Il faut savoir qu'elles peuvent être relativement simples si l'on est suffisamment conscient de leur importance.

Nous citerons, *comme exemple d'application de ces principes,* un travail effectué par le Dr H. Storck et son équipe. Ce travail, mené dans un dispensaire de protection maternelle et infantile passait, dans un premier temps, par une information auprès des différentes catégories de

soignants de ce dispensaire, afin de montrer l'importance des premières relations entre la mère et son enfant, et la perturbation de ces relations que l'angoisse et le désarroi maternels étaient susceptibles d'induire. Le deuxième temps consistait en une action de soutien préventive auprès de mères de milieu défavorisé pendant leur grossesse et durant la première année qui suivait l'accouchement. Cette action préventive était souvent brève et consistait essentiellement à créer une relation de confiance de façon à ce qu'une mère en difficulté n'hésite pas à faire appel.

Le devenir de ces enfants était apprécié selon le critère suivant : le cours préparatoire qui suit l'entrée dans le primaire s'était-il bien passé ou avait-il donné lieu à un signalement de la part de la maîtresse et éventuellement à des consultations médicales? Le choix de ce critère répondait au fait que le cours préparatoire est actuellement le moment où se révèlent au grand jour les difficultés de développement physique et surtout psychologique de l'enfant. Les enfants suivis donnaient lieu à peu de signalements et d'une façon significativement inférieure, sur le plan statistique, à un groupe d'enfants témoins, d'un même milieu social, mais n'ayant pas bénéficié de cette action préventive.

L'objectif d'un système de santé ne peut se réduire à établir des diagnostics, ni même à guérir des maladies. Il est d'aider la population à préserver son capital de vie et de lui en faciliter la gestion pour permettre un mieux être.

Bibliographie d'orientation

ABIVEN M. – *Humaniser l'hôpital,* Fayard, Paris, 1976.

ALBY J.M., FERRERI M. – Le psychiatre à l'hôpital général. Identité, fonction, *Encycl. Méd. chir.,* Psychiat., 1976, 37402, H 10.

KREISLER L. – Psychothérapie du premier âge, Regroupement clinique, Approche neurologique, *Revue neuropsych. inf.* 1978, *26,* 5/6, 237-255.

PEQUIGNOT H., GATARD M. – *Hôpital et humanisation,* E.S.F., Paris, 1976.

STORK H., FOUCHER A. – Psychopathologie du jeune enfant et perspectives de la prévention, *La psychiatrie de l'enfant,* 1979, XXII, 1, 127 – 236.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Cet index a essentiellement un but pédagogique : celui de retrouver aisément des notions importantes, éparses au long de l'ouvrage, et ne faisant pas l'objet d'un chapitre figurant dans la table des matières.

Les chiffres en italique correspondent à la référence où la question est traitée principalement. Les astérisques renvoient aux observations cliniques.

A

Abréaction (cf. décharge émotionnelle).
Accidents (propension aux), 176.
Actes manqués, 131.
Adaptation, 46.
- à la maladie, 243.
Addiction (conduite d'), 83, 135, 139, *161-163.*
Adhérence (au traitement) (cf. observance).
Adolescence, *102-109,* 145, 164, *226-229,* 275 *, 277 *.
Affect, *118,* 121.
Agressivité, 50, *53-55,* 85, 86, 96, 97, 98, 137, 157, 160, 162, 165, *168-171,* 219, 237, 244, 269 *, 277 *, 280-281 *, 292, 296, 299, 311, 321, 324, 325, 326, 341.
Alcoolisme, 161, 278-281 *, cf. aussi addiction (conduite d').
Alexithymie, 187, 188.
Alimentaire (conduite), 83, 105, 107, 161, 163, 254-256, 278-280 *.
Allergique (personnalité), 195, 210, 262, 264 *.
Ambivalence, *86,* 149, 195, 240, 242, 285-287 *, 309, 314, 331, 349, 350.
Amnésie infantile, 101.
Anal/Analité, 49, 71, *87-89,* 122, 134, *136.*
Anxiété (cf. Angoisse).
Anamnèse associative, 261 *.
Angoisse : 152, *153-156, 180-183,* 239, 243, 249, 257, 260 *, 266 *, 272 *, *279,* 283-285 *, 300, 316, 319, 325, 326, 328, 329, 333, 334, 340, 343, 348, 349, 351.
Angoisse d'abandon, 156, 267 *, 269 *, 283.
- de castration, 239, 243, 248.
- de morcellement (cf. morcellement).
- psychotique, 150-151, 266-267 *, 274 *.
- du 8e mois, 72, 84-85, 196.
Annulation rétroactive, 122, 149.
Anonymat (collusion de l'), 322.
Antisocial (comportement), 80.
Apprentissage, 33, 125, 163, 223-225.
Apostolique (fonction), 302-305.
Après-coup (effet d'), 116.
Assimilation, 46.
Asthmatique (personnalité), 195, 260-262 *, 262-264 *.
Attachement (besoin d'), 51, 68, 84.
Attitude des soignants, 106, 109, 111, 158-159, 162-163, 169-170, 221-222, 226-229, 339-340.
Autoconservation (pulsion d'), 49.
Autoérotisme, 69, 73, 105, 119, 242.

B

Behaviorisme, cf. comportemental (approche).
Belle indifférence (des hystériques), 153.
Bénéfices (de la maladie), 143, 144, 233, *245-247,* 259 *, 275 *, 303, 316, 321, 341, 344-346 *, 348.
Bisexualité, 97, 104.
Blessure narcissique, 252, 257, 262 *, 270 *, 282 *, 296, 313, Blessure narcissique, 331.
Biofeedback, 180.
Bon sens, 304-305.

C

Ça, *127,* 128, 146, 149, 155, 201.
Caractère, *133-137,* 148, 261 *, 267 *, 269 *, 275 *, 281 *, 296.
Carence (de soins maternels), *66-67,* 212.
Castration (complexe de), *96,* 108, *155,* 165, 239, 260 *, 267 *, 281-283 *.
Catharsis, 116, 262 *.
Choix (de l'organe malade), 177, 193, 203, 256, 262 *.
Chronicité, 16.
Clivage, 86, *123.* (cf. introjection, projetion, schizo-paranoïde).
Coliques idiopathiques, 208.
Commémoration (à travers le symptôme), 260-262 *.
Communication, 43, 256, 308, 312-316, 333-334, 341-342.
Complaisance somatique, 203, 258.
Complicité (malade/maladie), 10, 234, 245.
Comportement, 55.
- (troubles du), 104-105, 119, 160-171, 269 * (cf. passage à l'acte).
Comportementale (approche), 32, 42-43, 70, 165, 182.
Compromis (cf. formation de).
Condensation, 118.
Conduite, 36, *56-57,* 126, 167.
Conflit, *218-221,* 238, 255, 258-259 *, 264 *, 267 *, 276-277 *, 281 *, 285-287 *.

Conflit, 298, 301, 305, 308, 312, 319, 323, 328, 329, 330, 332, 333, 341, 349.
Constance (principe de), 113, 115.
Contrainte (situation de) (cf. stress).
Contraphobique (défense), 149.
Contre-transfert, 310-312.
Contrinvestissement, 102, 122, 134, 149 (cf. formation réactionnelle).
Conversion (symptôme de), 147, 148.
Coronarien (personnalité du), 193, 271, 272.
Cortico-viscérale (théorie), 186.
Coût (de la santé); 17.
Culpabilité, 124, 137, 157, 163, 165, *216-218*, 264 *, 270 *, 274 *, 276 *, 296, 321, 323, 326.
Cybernétique, 40, 42.

D

Décharge émotionnelle, 116, 160, 203, 207-208, 274 * (cf. pychosomatique).
Défense, 258, 261 *, 281 *, 299.
- (mécanismes de), *120-123*, 134, 145, 319, 323.
- immunitaires, 189, 200, 206 *.
Dégagement (mécanismes de), 125-126.
Délinquance, 160, 166.
Délire, 118, 149, 264 *, 267 *, 270 *, 273 *, 274 *.
Demande, 8, 283-285 *, 307, 314, 330 (cf. plainte).
Dénégation, 83, 89, *122*, 190.
Déni de la réalité, *123*, 244 (cf. délire).
Dépendance, 169, 193, 194, 211, 240, 241, 269 *, 275 *, 281-283 *, 307, 339 (cf. dyade, prématurité, addiction).
Déplacement, 100, 106, *118*, *121*, 149.
Dépression, 146, *156-160*, 169, 175, *242-243*, 250, 255 *, 265 *, 268 *, 269 *, 270 *, 275 *, 279 *.
- essentielle, 158, 200, 269 *.
- masquée, 157-158, 243, 255 *.
Dépressive (position), 86-87.
Dermatologiques (affections), 204, 209, 278-280 *.
Désillusion, 80 (cf. Illusion).
Désir, 131, 298.
Désomatisation, 202.
Désorganisation, 199, 242, 247.
Désorganisation, 248, 252, 262 *, 278 *, 284 *, 321, 339, 342, 343, 349.
Destinée (névrose de), 115, 137.
Deuil, 266 *, 269 *.
Développement (troubles du), 163-164 (cf. dysharmonie évolutive).
Diabète, 268-269 *.
Différence des générations, 95.
- des sexes, 95-96, 168, 296.
Diagnostic global, *315*, 316, 319, 323, 329.
Différer (capacité de), 117, 119, 161.
Disqualification, *44*, 92, 149, 170.
Distance (sujet/objet), 54, 149, 259 *, 263-264 *, 278-280 *.
Douleur, 241, 257 *.
Droit (à la santé), 16 (cf. Santé).
Dualisme (corps/esprit), 178.
Dyade (mère-enfant), 45, 78-80, 119, 150, 209.
Dysharmonie évolutive, 164, 224.

E

Elaboration psychique, 116, 264 *, 331, 347, 349.
Emotions, 183 (cf. Affret, décharge émotionnelle).
Empreinte, 62.
Enfant (projet d'), 74-75, 211, 285-287 *, 333.
- (troubles psychosomatiques de l'), 207-212, 333-334, 349.
- symptôme, cf. (approche) familiale.
Entretien non directif, 318-319.
Enurésie, 96.
Envie, 135 (cf. oral).
Epilepsie essentielle, 277.
Erogène (zone), *48*, 71, 82, 87, 121, 167.
Etayage, 83, 88, 167.
Ethologie, 40, 68, 196.

F

Famille (comme système), 44, 81, 249, 250-251, 270 *, 326.
Fantasme, 55-56, 96, 99, 113, 119, 121, 124, 131, 135, 152, 161, 165, 167, 177, 19 200, 211, 217, 264 *, 269 *, 271 *, 295, 298, 318.
Fixation, 72, 167.
Fonctionnels (troubles), 7, 8, 9, 175, 177, 204, 208, 236, 254-256 *, 257 *, 259 *, 265 *, 276-278 *, 281-283 *, 283-285 *.
Formation de compromis, 99, 101, 143, 147, 152, 170, 248.
Formation réactionnelle, 122, 149, 281 *, 299.
- de symptômes, 131.
Fratrie, 75, *100-101*, 225.
Frustration (tolérance à la), 81, 135, 137, 169, 219.

G

Gain (de plaisir), 83, 88, 167, 211 (cf. étayage).
Gastralgies, 265 *.
Groupes Balint, 300, 332, 337-338.
- de discussion, 300, 337.
Guérison, *239*, 250, 266 *, 275 *, 299, 308, 310, 318, 321, 332, 351.
Gynécologiques (affections), 205.

H

Hémodyalise, 274, 276 *, 344, 345 *.
Histoire (du malade), 248, 252, 253, 254.
Holding, 79.
Homosexualité, 167 (cf. bixexualité, identité sexuelle).
Honte, 157.
Hôpital (en tant que institution), 337-344.
Hospitalisme, *67*, 73, 119, 212, 228.
Hostilité (répression de l'), 193, 257 *, 265 *, 269 *, 277 *.
Humanisation des hôpitaux, 343, 344.
Hypertension artérielle essentielle (personnalité), 183, 276, 278 *, 280-281 *, 281-283 *, 285-287 *, 344-346 *.
Hypnose, 116, 204.
Hypocondrie, 138, *151*, 154, 181, 187, 236, 256-257 *, 259-260 *, 314.
Hypothalamus, 53, 183-185.
Hystérie, 7, *147-148*, 196, 255, 258 *, 260 *, 264 *, 276-278 *, 281-283 *.
- (évolution de l'), 191, 205, 276-278 *, 285-287 *.

I

Iatrogénie, 314, 315, 323, 333, 334, 348-350.
Idéal du moi, *127*, 157, 198, 217, 330.
Idéal narcissique, 239, 309.
Idéalisation, 123.
Identification, 97, 101, 104, 113, *123-126*, 134, 156, 181, 204, 259 *, 260 *, 270 *, 276, 278 *, 297, 299, 300, 301, 302, 304, 311.

- à l'agresseur, 69, 90, 125, 298.
Identité sexuelle, 63, 124, 259, 260, 267 (cf. Bisexualité).
Illusion (aire d'), 79 (cf. Transitionnel).
Image du corps, *137-138*, 253, 257, 259, 273 *, 274-276 *, 277 *.
Imaginaire, 75.
Imitation, 125.
Immunologiques (affections), 264-266 *, 266-268 *.
Impulsivité (cf. passage à l'acte).
Inconscient, 38-39.
Incorporation, *83*, 100, 104, 124, 126, 263 *.
Individuation (cf. séparation).
Inhibition intellectuelle, 168, 223.
Intégrité (de la personne), 238, 240, 257.
Interaction mère/enfant, 78-95, 285-287 *.
Interdit de l'inceste, 98-99, 217.
Intériorisation, 114, 120, 126, 299 (cf. Incorporation, ntrojection, identification).
Interprétation, 249.
Introjection, *83*, 85, 202, 216.
Investissement, *48*, 70, 75, 124, 268 *, 316, 321, 348.
Isolation, *121*, 225, 245.

J

Jeu, 89, 297, 298.

L

Langage (troubles du), 225.
Latence (période de), 101-102.
Lésionnel (trouble), 8.
Libido, *48*, 50.
Liaison (capacité de), 50, 221.
Limbique (système), 53, 188.
Localisations (énigme des), 204, 278, 280.

M

Maîtrise (conduite de), 193, 260 *, 271 *, 272 *, 281-283 * (cf. formation réactionnelle, anal).
Malade-symptôme (cf. Famille).
Masochiste, 69, 137.
Mélancolie, 160.
Mémoire, 133, 154.
Méiopragie d'appel, 207 (cf. complaisance somatique).
Membre fantome, 138.
Mentalisation, 152, 154, 199, 220, 314, 319, 344, 349.
Moi, 83, 89, *91*, *101*, 110, 120, 124, *125-128*, 133, 139, 146, 149, 154, 170, 219, 220, 331.
- auxiliaire, 126.
Moi - peau, 139, 210, 278, 280 *.
Morcellement (angoisse de), 149, 151, 156.
Mort (fusion de), 50, 199, 270 *.
Mots (poids de) (cf. Parole).
Mot d'esprit, 131.
Motivation, 57, 68, 76, 164-165, 307.
- du médecin, 293-302.
Mourants (aide aux), 325-326.

N

Nanisme psycho-social, 62.
Narcissisme, 49, 128, 149, 168, 217, 238, 243, 262 *, 271 *, 272 *, 309, 331, 340, 344.
Névrose, *146-147*, 277, 281 *, 284 *.
- de compensation, 247.
- expérimentale, 195.
- d'angoisse, 280-281, 283-285 *.
- cardiaque, 283-285 *.
Névrotique (personnalité), 242.
Neurophysiologiques (études), 132, 180-189.
Non (organisateur), 72, *82*, 84, 89.

O

Objet (de la pulsion), *47*, *48*, *49*, 51, 70, 83, 84, 96, 106, 120, 124, 128, 134, 137, 143, 144, 150, 151, 162, 164, 165, 167, 170, 211, 223, 259 *, 260 *, 263 *, 269 *, 278 *.
Observance, 13.
Obsessionnelle (névrose), 149, 261 *.
Obstétricales (affections), 285, 287 *.
Œdipe (complexe d'), 51, 75, 92, *97-99*, 104, 110, 124, 211, 216, 225, 264 *, 275 *, 286 *.
Organisateurs (psychiques), *71-72*, 82-89.
Oral/Oralité, 48, 49, 71, 82-87, 121, 124, 126, *134-135*, 157, 161, 162, 169, 195.
Oublis, 131.

P

Paiement de l'acte médical, 322.
Pare-excitation, *74*, 94, 119, 126, 210, 211, 220.
Paradoxe, *44*, 104, 130, 170.
Parole (poids de la), *92*, 220, 221, 238, 239, 249, 308, 317, 323, 324, 331, 333, 342, 343, 348, 349, 350.
Passage à l'acte, 104, 105, *160-161*, 168, 170, 273 *, 280-281 *, 341, 344, 347, 350.
Partielle (pulsion), 49.
Penis (envie du), 96 (cf. castration).
Pensée opératoire, 197, 212, 270 *.
Perte (situation de), 189, 199, 252, 255, 262 *, 265 *, 267 *, 273 *, 279 * (cf. dépression, deuil, angoisse d'abandon).
Perversion, 121, *166-168*.
Phallique (stade), 71, *96-97*, *136-137*, 148.
Phobique (névrose), 149, 267, 280, 281, 284.
Placebo (effet), *12-13*, 281-282 *, 304, *320*.
Plainte, 11, 151, 153, 156, 157, 169, 236, 243, 298, 315, 321.
Plaisir (principe de), *115*, 131.
Porte-parole (fonction de la mère), 92-94.
Prématurité (de l'homme), 65, 119.
Prévention, 17-19, 78, 174, 234, 238, 325, *347-351*.
Processus primaire/secondaire, *118*, *119*, 120, 127.
Projection, 73, *83*, 85, 123, 149, 202, 216.
Psychanalyse, 37, 309.
Psychonévrose de transfert, 187.
Psychopathie, 160.
Psychoses, 149-152, 267 *, 270 *, 272 *, 273-274 *.
Psychomoteur (trouble), 163, 279 *.
Psychosomatique (trouble), 93, 105, 119, 153, 157, 160, 175, 242, 247, 248, 256, 259 *, 261 *, 263 *, 277 *, 279 *.
Psychothérapie, 326-332.
Pulsion, *46-53*, 70, 99, 129-130, 143, 166, 199, 258, 269 *, 271 *, 278 *, 294, 296, 298, 299.

Q

Quotient intellectuel, 34.

R

Réalité (principe de), *115*, 120, 149.
Recto-colite hémorragique, 269-271 *.
Reduplication projective, 198.
Refoulement, 101, 102, *120*, 146, 148, 205, 319.
Régression, 72, 73, 109, 110, 118, *120-121*, 157, 199, *241-242*, 249, 257 *, 269 *, 275 *, 348.
Relation blanche, 197.
Renversement dans le contraire, 121.

Réparation, *87*, *122-123*, 163, 295-296, 298, 308, 313, 321.
Répétition (compusion de), 50, 57, 115-116, *120*, *137*, 143, 154, 161, 170, 199, 309, 347.
Représentation, *117-118*, 121, 201, 271, 349.
Répression (de l'affect), 205.
Retour du refoulé, 130-133, 143.
Retournement sur soi, 121.
Résomatisation, 203.
Revendication, 242, 244, 245, 257 *, 269 *, 275 *.
Rêve, 131-133.
Rêverie consciente, 131.
Rhumatologique (affectjon), 257, 259 *, 259-260 *.
Rite d'initiation, 107-109.
Rôle du médecin, 248-249, 290-293.
Rorschach (test de), 34.
Rythme (troubles du), 283-285 *.

S

Sadique anal (cf. anal).
Santé, *16-17*, *145*, 233, *234*, 236-239, 252, 291, 293, 302, 307, 321, 331, 344, *347-351*.
Scène primitive, *99-100*, 295.
Scientifique (médecine), 5-6.
Schizo-paranoïde (position), 87.
Séduction, 94, 148, 260.
Self, 79, 94.
– (faux), 125.
Séparation/individuation, 70, 79, 89, 91, 106, 109, 114, 145, 150, 210, 224, 270 *, 275 *, 277 *, 285-287 *.
Sexualité, *48*, 63, 70, 96, 102, *164-168*, 216 218 225, 297.
– féminine : 97, 259, 276-278 *.
Sexuel (dysfonctionnement), 256-257 *, 276-278 *, 281-283 *, 344-346.
Signification du symptôme 147, 177, 193, 201-206.
Simulation, 147.
Sinistrose, 247.
Socialisation, 92-93, 100-102, 125, 128.
Somatisation, 171.
Souffrance, 238, 241, 275 *, 319, 349, 350.
Sourire, 72, 82.
Spécialiste (recours au), 304, 321-323.
Stade (cf. oral, anal, phallique).
Stérilité, 281-283 *.
Stimuli (besoin de), *66-69*, 111, 348.
Stress, 68, 173, *183-185*, 264 *.
Sublimation, 49, *122*, 136, 260 *, 298 (cf. élaboration psychique).
Suggestibilité, 148.
Suicidants (avenir des), 11.
Suicide (tentative de), 105, 107, 111, *158-159*, 162, 168-169, 273 *, 275 *.
Suradaptation à la réalité, 105, 197 (cf. psychosomatique).
Surmoi, *127*, 128, 149, 155, 157, 198, 217.
Symbiose, 84 (cf. dyade mère/enfant).
Symbolisation, 117, 201, 260 * (cf. élaboration psychique).
Syndrome général d'adaptatjon, 183.
Système activateur de l'action (S.A.A.), 183.
– inhibiteur (S.I.A.) 184-185.
Systémique (approche) (cf. famille).

T

T.A.T. (Test), 34.
Tempérament, 134.
Tests psychologiques, 33-35.
– d'efficience, 34.
– de personnalité, 34-35.
Toxicomanie, 105, 144, 161 (cf. addiction (conduite d')).
Transactionnel, 80.
Transgression, 295, 297.
Transfert, 39, 131, *309-310*, 330, 332.
Transitionnel (objet), 90, 283-285 * (cf. Illusion).
Transplantation rénale, 274-276 *.
Traumatisme (psychique), *73*, 102, 116, 155, 199, 220, 261 *, 262 *, 264 *, 283-285 *, 331, 339-340, 349.
Traumatique (névrose), 116.
Travailleurs immigrés, 191, 254-256 *, 256-257 *.

U

Ulcère de contrainte, 185, 257 *.
Ulcéreux (personnalité de l'), 194, 202, 257 *.

V

Valvulopathie, 272, 273 *, 273-274 *.
Vérité au malade, 323-325.
Vieillesse, 110-111.
Violence (cf. Agressivité).

Z

Zone (érogène) (cf. érogène).

MASSON Éditeur
120, bd Saint-Germain
75280 Paris Cedex 06
Dépôt légal : novembre 1992

Achevé d'imprimer en octobre 1992
par Maury-Imprimeur S.A.
45330 Malesherbes
N° d'imprimeur : I92/40280 P
Dépôt légal : octobre 1992

Psychologie médicale

Ph. JEAMMET, M. REYNAUD, S. M. CONSOLI

La profession médicale est un des domaines où les qualités de relation et de communication sont essentielles, d'autant que les progrès de la médecine somatique donnent une place et un rôle de plus en plus grands aux facteurs psychologiques. L'impact psychologique d'un acte médical dépendra bien plus des personnalités en présence que de sa nature, technique ou pas.

Tout cet abrégé s'organise autour de cette notion fondamentale. La première partie est consacrée au développement de la personnalité : genèse de la personnalité, étapes du développement, fonctionnement mental, approche psychosomatique de la santé et de la maladie. La seconde partie aborde les étapes relationnelles : le malade et sa maladie, le médecin et sa médecine, la relation médecin-malade. En conclusion figurent une mise en garde sur les perspectives de la psychologie médicale et des exemples d'application : le milieu hospitalier, les soins aux personnes âgées et la prévention.

Cet ouvrage s'adresse aux étudiants en médecine des 1er et 2e cycles mais aussi aux praticiens et à tous ceux qui occupent une fonction soignante, psychologues, infirmiers, éducateurs. Des observations cliniques, des listes d'objectifs au début des chapitres donnent des lignes directrices qui seront utiles dans la pratique.

Philippe JEAMMET est professeur de pédo-psychiatrie à l'université Paris VI.
Michel REYNAUD est professeur de psychiatrie à l'université de Clermont-Ferrand.
Silla CONSOLI est professeur de psychiatrie à l'université de Paris VI.

ISBN : 2-225-85019-4